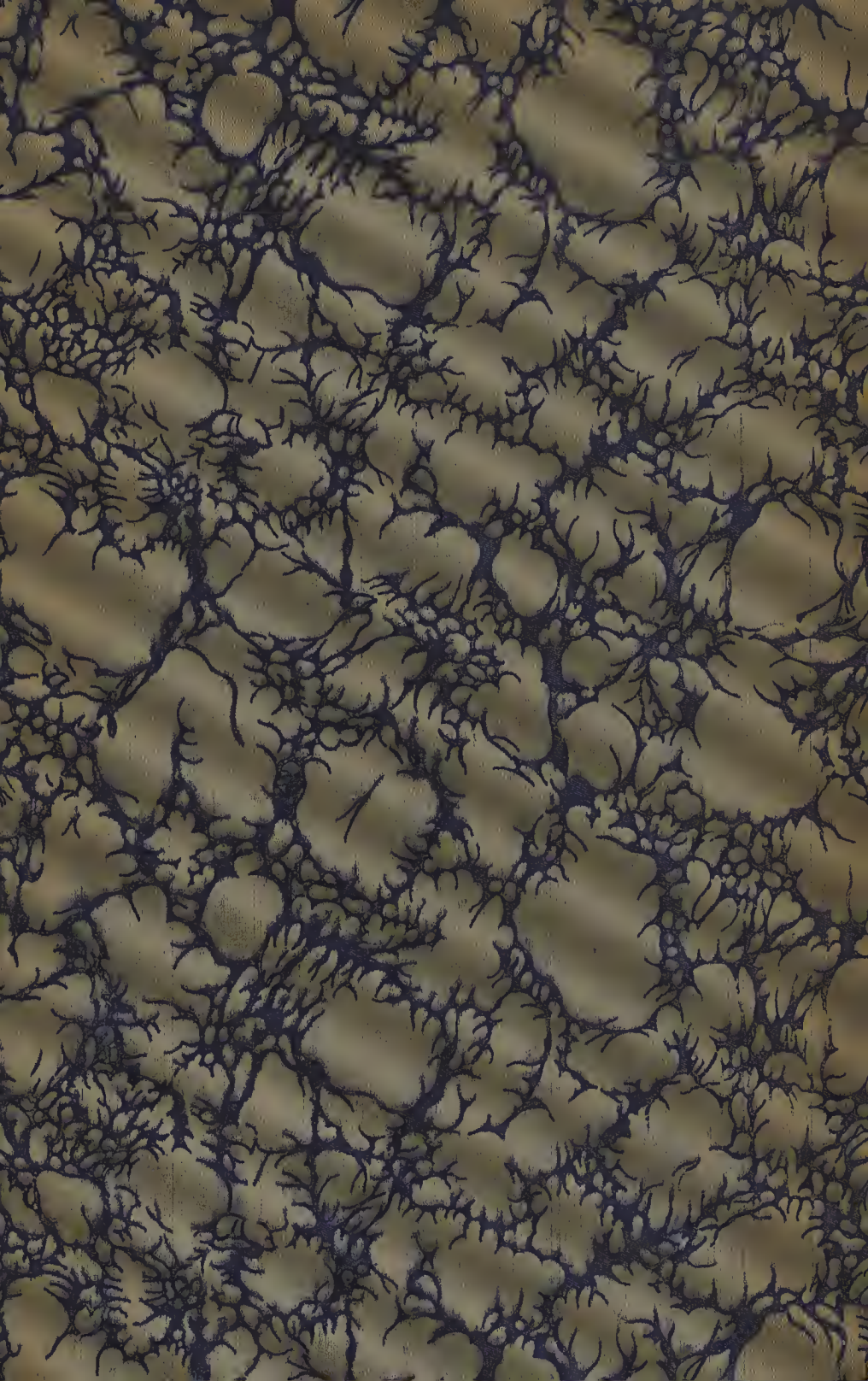


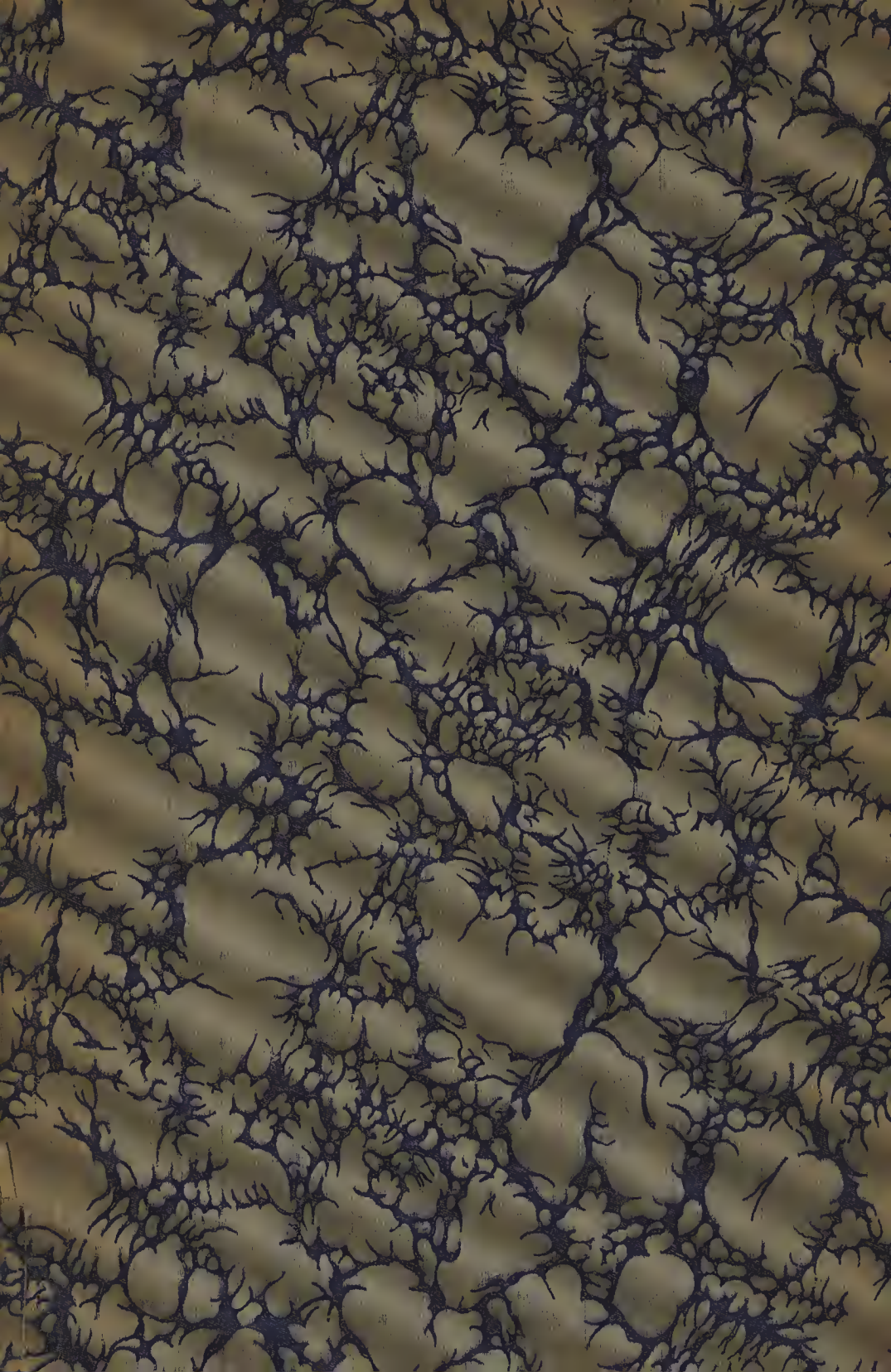
Ayez le respect des Livres

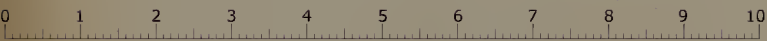
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation







137

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF:
RENÉ CHARPENTIER



102^e Année - T. II - N^o 2

Juillet 1944

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1943)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

Etranger : Tarif N° 1, 360 fr. ; Tarif N° 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

Années 1843 à 1930

Chaque année..... 250 francs
L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs.
L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.
Les années 1846 et 1847 sont épuisées.
Les années 1843, 1844, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... 360 francs

Années 1931 à 1943

Chaque année..... 360 francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... 150 francs
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... 150 francs
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol..... 300 francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquanteenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... 50 francs
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1913, 1 vol..... 140 francs

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1944

TOME SECOND

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

M. M. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,
LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET,
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE.
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

102^e ANNÉE — 1944
TOME SECOND

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

102^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1944

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Etude psychopathologique des méconnaissances systématiques, par J. VIÉ.....	1
Perturbation du schéma corporel à type de « dyssomatognosie », par RISER, DARDENNE et GAYRAL.....	19
Les psychoses discordantes à forme périodique, par J. RONDEPIERRE et D. COLOMB.....	97
L'apraxie constructive, par H. HÉCAËN.....	115
Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France, par René CHARFENTIER.....	217
Les crises nerveuses généralisées, par H. BARUK.....	245
Association paroxystique de mélancolie anxieuse et de crise oculo-céphalogyre, par RISER, DARDENNE et GAYRAL.....	279
De la crise d'originalité juvénile à la schizophrénie, par René BESSIÈRE.	349
Anarthrie et alexie dissociées, portant sur l'écriture cursive, curables, chez un ancien traumatisé crânien, intellectuel, polyglotte, par J. EUZIÈRE, GARDIEN, R. LAFON, J. LEY et P. RUBÉNOVITCH.....	382
La tuberculose des aliénés. Organisation du dépistage et des soins antituberculeux dans un hôpital psychiatrique, par Maurice POROT, J. SUTTER et Ch. BARDENAT.....	398
La forme mentale de la pellagre, par E. CARROT et A. CHARLIN.....	481
Des psychoses colibacillaires, par C. LÉPOUTRE et M ^{lle} BOUDERLIQUE.....	492

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 8 mai 1944

	Pages
Etat démentiel et quadriplégie spasmodique en flexion chez un homme de 39 ans : maladie d'Alzheimer, par MM. L. MARCHAND, R. BESSIÈRE et Pierre BERNARD.....	25
Troubles de la fonction hypnique symptomatiques d'une psychose maniaque-dépressive, par MM. P. SIVADON et J.-L. BEAUDOUIN.....	28
Un cas spécial de glossolalie, par MM. X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL.....	31
Un cas de maladie de Pick, par MM. X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL.....	34
Etat confuso-onirique après intoxication par le haschisch, avec auto-dénonciation d'assassinat fictif, par MM. J. DELAY, MAILLARD et GENDROT.	37
Broncho-pneumonies hémorragiques, complications fréquentes du délire aigu, par MM. P. GUIRAUD et H. SAUGUET.....	40
Démence aphaso-agnoso-apraxique. Atrophie à prédominance pariéto-occipitale bilatérale révélée par la pneumo-encéphalographie, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX.....	43

Séance du lundi 22 mai 1944

Adoption du procès-verbal.....	47
Correspondance.....	47
Election d'un membre correspondant national (M. RISER).....	47
Epilepsie tardive avec troubles mentaux consécutifs à une leptoméningite chronique, par MM. E. MARTIMOR et J. MORICE.....	48
Electro-choc et cycle sexuel, par MM. J. DELAY, A. SOULAIRAC, RIVIÈRE et A. CORTREL.....	51
Deux ans de fonctionnement d'un centre d'observation, de triage et de rééducation pour troubles du caractère, dans le cadre des services de neuro-psychiatrie infantile de Seine-et-Oise, par MM. G. PAUL-BONCOUR et Julien ROUART.....	54
Remarques sur l'utilisation de salicylate de soude, du colchique et du cautère permanent dans quelques cas d'épilepsie essentielle, par M. H. DAUSSY et M ^{lle} E. WOLFF.....	62

Séance du lundi 12 juin 1944

Fugue coordonnée sous forme de somnambulisme. Epilepsie tardive, par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.....	138
Manifestations hystériques (hémiplégie, hémianesthésie, convulsions), chez une paysanne débile. Traumatisme de l'adolescence, par M ^{lle} CULLERRE, MM. J. VIÉ et R. BINOIS.....	142
Un cas d'adipose hypophyso-tubérienne, par MM. X. ABÉLY et SUTTEL..	147
Paralysie générale décelée par un ictus amnésique, par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL.....	149

Les variations pondérales et la période critique au cours de la psychose maniaco-dépressive en temps de restrictions alimentaires, par MM. P. CHATAGNON et J. MABON.....	151
Les aortites tardives chez les paralytiques malarisés, par MM. P. GUIRAUD, H. SAUGUET et M ^{me} H. LEULIER.....	154

Séance du lundi 26 juin 1944

Adoption du procès-verbal.....	159
Correspondance.....	159
Election d'une Commission d'étude.....	159
Décès de M. Emile ADAM, membre correspondant national.....	160
Décès de M. Achille SANTENOISE, membre titulaire.....	160
L'électro-choc (7 ^e note). Enregistrement oscillographique de l'intensité et du voltage du courant utilisé, par MM. M. LAPIDE et J. RONDEPIERRE.....	160
Psychisme et mésodiencephale, par M. J. LHERMITTE.....	165
Etude pharmacodynamique de l'action neuro-végétative de l'électro-choc, par MM. J. DELAY, A. SOULAIRAC et J. BOITTELE.....	174
L'assistante sociale psychiatrique (II), son rôle hospitalier, par MM. H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU.....	178
Traumatisme crânien; méningite séreuse avec collapsus ventriculaire; améliorations transitoires de l'état confusionnel après insufflations ventriculaires; syndrome paranoïde résiduel, par MM. R. BESSIÈRE et P. SCHERRER.....	184

Séance du lundi 10 juillet 1944

Adénome hypophysaire latent. Troubles de la régulation thymique. Intervention, guérison, par MM. P. PUECH, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX.....	282
Tumeur frontale méconnue chez un alcoolique épileptique, par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX, J. NAUDASCHER et SUTTEL.....	287
Modifications cardio-vasculaires observées au cours de la cachexie chez les psychopathes, par MM. P. CHATAGNON et J. MABON.....	290
Psychose périodique à évolution grave. Echec de l'électro-choc, succès de l'insulinothérapie, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et R. LEULIER.....	293
Syndrome basedowien avec exophtalmie unilatérale régulièrement prémonitoire d'accès maniaques récidivants. Résultats de l'épreuve à la thyroxine, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et M ^{me} LEULIER.....	296
Syndrome mélancolique pseudo-démontiel chez un lacunaire. Constataction encéphalographique. Action de l'électro-choc, par MM. J. DELAY et M ^{lle} J. MOREAU.....	300
Un cas de pseudo-suicide épileptique, par MM. J. RONDEPIERRE, M. LETAILLEUR et M ^{me} LEULIER.....	305
Hallucinations auditives avec agnosie auditive et verbale, accidents paroxystiques révélateurs d'une tumeur temporale, par MM. M. DAVID, J. de AJURIAGUERRA et H. SAUGUET.....	307

Séance du lundi 23 octobre 1944

Adoption du procès-verbal.....	416
Correspondance.....	416

Vacance d'une place de membre titulaire non résidant.....	417
Organisation d'une conférence à la Sorbonne sous les auspices de plusieurs sociétés savantes.	417
Commission de l'assistance psychiatrique.....	417
Allocution de M. LHERMITTE, président.....	418
Décès de M. le Dr Maurice OLIVIER.....	421
Centième anniversaire de la naissance de Ritti. Notes biographiques sur la formation et les débuts d'Antoine Ritti, par M. Georges COLLET.....	422
L'assistante sociale psychiatrique, son rôle hospitalier, par MM. H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU.....	434
Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés, par MM. Ch. CHANÈS et J. VIÉ.....	439
L'équipement éducatif des consultations de psychiatrie infantile. L'éducatrice familiale, par M. J. DUBLINEAU.....	446
L'assistance éducative dans les centres psychiatriques de traitement, par M. J. DUBLINEAU.....	450
Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838, par M. P. SIVADON.....	453

Séance du lundi 13 novembre 1944

Sur une forme particulière d'obsession, par M. A. BARBÉ et M ^{lle} COULON.....	498
Le test de Rorschach, interprétation méthodologique, par M. J. DUBLINEAU.....	502
Essai d'une étude chiffrée du comportement individuel dans le test de Rorschach, par M. J. DUBLINEAU.....	505
Chromotropisme et tendances caractérielles, par M. J. DUBLINEAU.....	508
Palilalie chez un paralytique général, par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL.....	512
Délire secondaire à des états crépusculaires hypoglycémiques, par MM. J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et M ^{me} H. LEULIER.....	516
Sur le mécanisme du coma hypoglycémique, par M. J. DELAY et M ^{lle} MOREAU.....	520

Séance du lundi 27 novembre 1944

Adoption du procès-verbal.....	527
Correspondance.....	527
Vacance d'une place de membre titulaire non résidant.....	528
Election de deux membres correspondants nationaux.....	528
Vote d'un vœu relatif à l'examen psychotechnique et psychiatrique dans l'armée, ainsi qu'à la réadaptation et au reclassement des rapatriés.....	528
Niveau mental et activité sociale en colonie familiale des malades atteints de paralysie générale, par MM. P. LECONTE et P. MARTY.....	530
L'électrocardiogramme au cours de l'électro-choc, par MM. J. DELAY, R. HEIM DE BALSAC et P. NEVEU.....	533
Electro-choc sous évipan sodique, par MM. J. DELAY, J. BOUREAU et M ^{me} LEULIER.....	540
Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle, par M ^{me} F. MINROWSKA.....	545
Le test de Rorschach et le problème typologique, par M. J. DUBLINEAU.....	548

	Pages
L'assistante sociale psychiatrique, son rôle au dispensaire (III), par MM. H. BEAUDOUIN, R.-H. HAZEMANN et P. FOUQUET.....	553
Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie, par MM. L. BONNAFÉ et P. FOUQUET.....	557
Quelques résultats de traitement de troubles du caractère, par M. H. DAUSSY et M ^{lle} E. WOLFF.....	561
Constatations médicales et sociales au centre d'accueil des mineurs délinquants d'Ille-et-Vilaine, par MM. H. DAUSSY et P. FLOT.....	565
Le traitement de la paralysie générale par le dérivé de la phényl-dichlorarsine 4000 M., par MM. R. BESSIÈRE et M. ZABOROWSKI.....	569

Séance du lundi 18 décembre 1944

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal.....	574
Décès de M. Raymond ROUGEAN, membre titulaire honoraire.....	574
Correspondance.....	574
Rapport du Secrétaire général.....	575
Règlement du <i>Prix Antoine Ritti</i>	577
Rapport de la Commission des Finances.....	578
Election du Bureau de la Société pour l'année 1945.....	578
Bureau de la Société pour 1945.....	580
Conseil d'Administration.....	580
Commission des Finances.....	580
Election d'un membre titulaire honoraire.....	580
Election d'un membre titulaire non résidant.....	580
Election d'un membre associé étranger.....	581

SÉANCE ORDINAIRE

De quelques liaisons psycho-cliniques dans le test de Rorschach, par M. J. DUBLINEAU.....	581
Le terrain convulsif, par M. J. DUBLINEAU.....	584
L'avortement et la stérilisation thérapeutique en psychiatrie, par MM. P. CHATAGNON, J. MABON et M ^{lle} P. LAMOLE.....	590
Un cas d'accoutumance au dolosal, par MM. P. CHATAGNON, J. MABON et M ^{lle} P. LAMOLE.....	595
L'assistante sociale psychiatrique, les problèmes du secret professionnel (IV), par M. G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et X. ABÉLY.....	599
Action de l'électro-choc sur la sécrétion gastrique, l'hyperchlorhydrie de l'électro-choc, par MM. J. DELAY, A. SOULAIRAC et G. BOTTTELLE.....	604
Un cas de mutisme hystérique guéri au bout de 34 ans, par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOLIÈRE.....	608
Un paralytique général guéri par l'électro-choc après échec de la malaria- et de la chimiothérapie, par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOLIÈRE.....	611

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

	Pages
Séance du jeudi 2 mars 1944.....	188
Séance du jeudi 30 mars 1944.....	190
Séance du jeudi 4 mai 1944.....	313
Séance du jeudi 1 ^{er} juin 1944.....	315
Séance du jeudi 6 juillet 1944.....	615
Séance du jeudi 9 novembre 1944.....	618

VARIÉTÉS

Académie française : Election.....	346
Académie de médecine : Election du secrétaire général.....	346
Académie des sciences : Prix décernés en 1944.....	480
Assistance : L'assistance psychiatrique au Liban.....	627
— La mortalité par restrictions alimentaires dans les hôpitaux psychiatriques.....	214
Hôpitaux psychiatriques : Concours de l'Internat en médecine des hôpi- taux psychiatriques de la Seine.....	343
— — Nécrologie.....	343
— — Nominations.....	479, 627
— — Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine.....	627
Législation : Ordonnance du 9 août 1944 rétablissant la légalité républi- caine sur tout le territoire continental.....	344
Nécrologie : Maurice OLIVIER (L. Marchand).....	346
Psychiatrie dans l'Armée : Les problèmes psychologiques dans l'armée britannique pendant cette guerre. Conférence du Professeur J.-R. REES.	344
Société médico-psychologique : Séances.....	96, 213, 343, 479, 626
— — Bureau de la Société pour 1945.....	626
— — Nécrologie.....	213, 479, 627
Sociétés : Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infan- tile.....	480
Université de Lille : Faculté de médecine.....	628
Université de Lyon : Faculté de médecine.....	628
Universités : Admission gratuite des officiers et soldats alliés dans les Facultés.....	346

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Abcès du cerveau (L'électroencéphalographie dans les) (P. PUECH), 619.
 — (Deux cas d') traités par la chirurgie, la pénicilline et les sulfamides (P. PUECH), 619.
 Accidents (Recherche des troubles psychopathiques chez 500 conducteurs inculpés d') (L. SELLING), 341.
 Acidoses mentales méconnues (LEYRITZ), 327.
 Acidosiques. v. *Comas*.
 Acropathie ulcéro-mutilante unilatérale avec aréflexie (G. GIRAUD, J.-M. BERT, T. DESMONTS et J. RODIER), 471.
 Adénome hypophysaire latent, troubles de la régulation thymique, intervention, guérison (P. PUECH, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX), 282.
 Adénolipomatose à début brusque et marche rapide après traumatisme crânien (G. GIRAUD, J.-M. BERT, T. DESMONTS et J. RODIER), 201.
 Adipose hypophyso-tubérinaire, un cas (X. ABÉLY et SUTTEL), 147.
 Agénésie partielle de la première côte: douleur plexique rebelle (LERICHE et St. de SÈZE), 315.
 — de la première côte ou côte cervicale (J. LEREBoullet), 315.
 Alcool méthylique (Six intoxications mortelles par « pastis » à base d') (Ch. PAUL, H. GRIFFON et L. DÉROBERT), 88.
 — (Intoxication par l') et atrophie optique (R. PERRIN), 88.
 — Deux cas d'intoxication (KALT, M. GUILLAUME, L. ROULIN), 88.
 Alcooliques (Assistance aux) (H. BERSOT), 207.
 — v. *Code Pénal*.
 Alexie pure (N. PÉRON et GOUTNER), 188.
 Aliénation mentale (Diminution de l') pendant la guerre (X. ABÉLY), 212.
 Aliénés (Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des) (CHANÈS et J. VIÉ), 439.
 Alzheimer (maladie d'). Etat déméntiel et quadriplégie chez un homme de 39 ans (L. MARCHAND, R. BESSIÈRE et P. BERNARD), 25.
 Ame (l') collective (A. BURLOUD), 320.
 Aménorrhées d'origine psychique: aménorrhées pithiatiques (J. DECOURT), 317.
 — d'origine émotive, retour immédiat des règles par traitement hormonal et antispasmodique (Cl. BÉCLÈRE), 340.
 Amyélencéphalie (ANDRÉ-THOMAS et V. LEPAGE), 189.
 Anarthrie et alexie dissociée, curables chez un ancien traumatisé crânien (EUZIERE, GARDIEN, R. LAFON, J. LEY et P. RUBENOVITCH), 382.
 Animale (Psychologie) et psychologie humaine (G. VIAUD), 321.
 — (Bases affectives dans les conduites) (M. HOLZAPFEL, MEYER), 322.
 — (Affectivité) et certaines névroses humaines (D.-L. FOREL), 460.
 — v. *E. Marais*.
 Anormaux. v. *Infirmes*.
 — v. *Assistance*.
 Antialcoolisme (l') constructif (A. Plichet), 87.
 Aortites tardives chez les paralytiques malarisés (P. GUIRAUD, H. SAUGUET et Mme H. LEULIER), 154.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- Aphasie traumatique chez un enfant (M. et Mme SORREL-DÉJERINE), 616.
- Apraxie constructive (H. HÉCAEN), 445.
- Arachnoïdite opto-chiasmatique avec distension du lac basilaire et agrandissement de la selle turque (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 618.
- (Association de rétinite pigmentaire de signes d'atteinte encéphalique et d') opto-chiasmatique (KREBS et TROTOT), 618.
- Arsenicale (Intoxication) par l'arsénobenzène (FLANDIN, RICHON et CHAPUIS), 475.
- (Mort au cours d'un traitement) (TOURNAINE, CHÉRAMY et HADENGUE), 475.
- Hémorragie méningée à la fin d'un traitement arsenico-bismuthique (J. MARGAROT, P. RIMBAUD, J. RAVOIRE et J. RODIER), 475.
- Artério-sclérose (Etude de 100 malades atteints de psychoses et d') (H. CLOW), 624.
- Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à sa réforme en France (René CHARPENTIER), 217.
- aux anormaux en Suisse, développement et état actuel (H. BERSOT), 89.
- psychiatrique extrahospitalière en Italie (G. MODENA), 91.
- psychiatrique extrahospitalière en Allemagne (G. ILBERG), 91.
- aux psychopathes anormaux et délinquants (H. BERSOT), 210.
- aux alcooliques (H. BERSOT), 217.
- (Solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d') en psychiatrie (L. BONNAFÉ et P. FOUQUET), 557.
- Assistante sociale psychiatrique, son rôle hospitalier, technique du travail (H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU), 478.
- psychiatrique, son rôle hospitalier, réglementation, éducation professionnelle (H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU), 434.
- psychiatrique, son rôle au dispensaire (H. BEAUDOUIN, R.-H. HAZEMANN et P. FOUQUET), 553.
- psychiatrique, les problèmes du secret professionnel (G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et X. ABÉLY), 599.
- Atrophie cérébrale post-commotionnelle (FAURE-BEAULIEU, PUECH et MORLAAS), 314.
- Résultats concordants de la pneumo- et de l'électroencéphalographie dans leur diagnostic (J. DELAY,

- P. NEVEU, P. DESCLAUX et Mme LERIQUE), 616.
- Avitaminoses. v. *Excitabilité nerveuse*.
- Avortement (1°) et la stérilisation thérapeutique en psychiatrie (P.-A. CHATAGNON, J. MABON et Mlle P. LAMOLE), 590.
- Azotémique (La guanidine est-elle responsable des accidents nerveux de l'intoxication ?) (M. LOEPER, R. LESOBRE, P. BRETON et R. BAPTISTE), 79.

B

- Basedowien (Syndrome) avec exophtalmie unilatérale prémonitoire d'accès maniaques récidivants (J. DELAY, P. NEVEU et Mme LEULIER), 296.
- Berdet-Wassermann (réaction de) et les réactions de fixation du complément sans moutons ni cobayes (R. MUSSO), 328.
- (étude cinétique de la), température et vitesse de réaction (J. CHOUTEAU), 328.
- Botulisme, difficultés du diagnostic avec la paralysie diphtérique (MOLLARET et AUBRY), 189.
- Bravais-Jacksonisme provoqué, troubles de l'orientation spatiale (ANDRÉ-THOMAS), 465.
- Bromure de méthyle. v. *Intoxication*.

C

- Cachexies (Modifications cardiovasculaires au cours des) chez les psychopathes (P.-A. CHATAGNON et J. MABON), 290.
- Cancer du sein : ablation d'une métastase cérébrale, guérison depuis plus de deux ans (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et LONGUET), 617.
- Caractère (Troubles du) chez l'enfant et l'adolescent (E. STERN), 193.
- (Quelques résultats de traitement de troubles du) (H. DAUSSY et Mlle E. WOLFF), 561.
- Caractérielles (Chromotropisme et tendances) (J. DUBLINEAU), 509.
- Cardiazol (Diabète insipide après) (COULONJOU), 92.
- Fracture vertébrale (Tavernier et Mallet-Guy), 93.
- (Interruption par le) de la narcoïse au tribrométhanol (G. JACQUOT, MONTASSUT, SAUGUET, R. LEULIER), 94.
- Céphalée (la) en ophtalmologie (A. HUDELO), 198.

- Chromotropisme et tendances caractéristiques (J. DUBLINEAU), 509.
- Code Pénal suisse, en particulier code des mineurs : l'hygiène mentale et son application (A. REPOUD), 208.
- suisse et l'hygiène mentale des alcooliques et psychopathes (R. HUMBERT), 209.
- Colibacillaires (Les infections), fréquence, particularités cliniques (H. VINGENT), 72.
- (Des psychoses) (C. LEPOUTRE et Mlle BOUDERLIGUE), 492.
- Comas (les) acidotiques d'origine médicamenteuse (L. TIXIER et A. HUREY), 338.
- v. *Hypoglycémique*.
- Commotionnelle (Atrophie cérébrale post-) (FAURE-BEAULIEU, PUECH et MORLAAS), 314.
- Communauté (Les bases de la) (Walter SIEBEN), 322.
- Conduite (la), point de vue fondamental de la connaissance (C. SGANZINI), 73.
- (Bases affectives dans les) animaux (M. HOLZAPFEL-MEYER), 322.
- Conscience (Etude de la) chez les psychopathes (C. OSGOOD), 462.
- Constitutionnelle (L'origine) des troubles mentaux (T. MOORE), 463.
- Convulsif (Sur un syndrome) par excitation électrique de la moelle (P. GLEY, M. LAPIPE, J. RONDEPIERRE, M.-H. HORANDE et T. TOUCHARD), 80.
- (Le terrain) (J. DUBLINEAU), 584.
- (Cas psychiatriques dans une clinique pour) (Th. STONE et A. ARIEFF), 625.
- Convulsions de l'enfant et encéphalographie (G. ILEUYER), 70.
- Crampe des écrivains. Est-elle une affection organique ? (ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA), 67.
- Crises nerveuses (les) généralisées (H. BARUK), 245.
- Crises oculo-céphalogyres, association paroxystique à la mélancolie anxieuse (RISER, DARDENNE et GAYRAL), 279.
- D**
- Délinquance homosexuelle infantile (M. HENNESSY), 342.
- v. *Mineurs délinquants*.
- Délire de persécution et hyperostose frontale interne (H. FLOURNOY), 192.
- secondaire à des états crépusculaires hypoglycémiques (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et Mme H. LEULIER), 546.
- Délire aigu ; complications fréquentes : broncho-pneumonies hémorragiques (P. GUIBAUD et H. SAUGUET), 40.
- Delirium tremens. Traitement par le choc insulinique atténué (W. ROBINSON), 477.
- Démence aphaso-agnoso-apraxique : atrophie à prédominance pariéto-occipitale, pneumo-encéphalographie (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX), 43.
- paralytique, critères pronostiques (M. GREENHILL et M. YORSKIS), 624.
- Démence précoce (Essai de classification des états cliniques appelés) (B. COHEN et B. FLOWER), 622.
- v. *Rhumatisme chronique*.
- Dénutrition (Phénomènes de) chez les aliénés pendant la période des restrictions, enquête à Sainte-Anne en juillet 1942 (Mme L. RANDOIN), 195.
- Déséquilibre alimentaire (Œdèmes et phénomènes paralytiques par) chez le singe « *Macacus rhesus* » (J. STEFANOPOULOU), 329.
- Diabète insipide après cardiazol (COULONJOU), 92.
- et électro-choc (J. de AJURIAGUERRA et COLOMB), 93.
- Dilantin (Etude comparative des traitements par le) et le phénobarbital (J. WEINBERG et H. GOLDSTEIN), 336.
- (Traitement de l'épilepsie chez les enfants par le) (S. LIVINGTON), 336.
- Diphényl-hydantoïnate de soude (Traitement de l'épilepsie par le) (RISER, GAYRAL et GUY), 335.
- dans le traitement des états convulsifs, nouvelles expériences (H. MERRITT et P. PUTNAM), 336.
- Disque intervertébral et hernie intrarachidienne (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DELSUC), 191.
- Dolosal (Un cas d'accoutumance au) (P.-A. CHATAGNON, J. MABON et Mlle LAMOLE), 595.
- Doubleur. v. *Histamine*.
- Dynamique affective (Biologie de la) et du symbolisme (E. FREY), 77.
- Dyssomatognosie. v. *Schéma corporel*.
- Dystonie de fonction chez un instrumentiste (ANDRÉ-THOMAS), 313.
- du membre inférieur (COSTE), 315.
- E**
- Ecoles de plein air (les), utilité au point de vue de l'hygiène mentale (RILLET), 206.

- Ecriture (Troubles dynamiques de l') au cours des psychoses schizophréniques, paranoïdes et maniaque-dépressives (LEWINSON), 461.
- Educatif, ive (L'équipement) des consultations de psychiatrie infantile. L'éducatrice familiale (J. DUBLINEAU), 446.
- (L'assistance) dans les centres psychiatriques de traitement (J. DUBLINEAU), 450.
- Education sexuelle (l') de nos enfants (G. RICHARD), 86.
- Electro-choc (Biologie et psychologie). — et cycle sexuel (J. DELAY, A. SOULAIRAC, RIVIÈRE et A. CORTREL), 51.
- (dissociation expérimentale par l') du syndrome humoral de l'épilepsie convulsive et de l'absence épileptique (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 81.
- Étude pharmacodynamique de l'action neuro-végétative de l'électro-choc (J. DELAY, A. SOULAIRAC et G. BOITTELLE), 174.
- (l'Electro-cardiogramme au cours de l') (J. DELAY, R. HEIM de BALSAC et P. NEVEU), 533.
- (Action de l') sur la sécrétion gastrique, hyperchlorhydrie (J. DELAY, A. SOULAIRAC et G. BOITTELLE), 604.
- Electro-choc (Incidents et accidents). — Diabète et électro-choc (J. de AJURIAGUERRA et COLOMB), 93.
- Accidents et incidents observés au cours de 1.200 électro-chocs (J. LATRÉMOIÈRE), 621.
- Electro-choc (Résultats). — (l') subliminaire en dehors des psychoses (A. DENIER), 93.
- Problèmes médico-légaux soulevés par la pratique de l'électro-choc (G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE), 341.
- Electro-choc (Technique). — Appareil à bouche pour la prophylaxie des principaux accidents (PERRRET et NESPOULOUS), 94.
- Enregistrement oscillographique de l'intensité et du voltage du courant (LAPIPE et RONDEPIERRE), 160.
- sous évipan sodique (J. DELAY, J. POUREAU et Mme LEULIER), 540.
- Electrocutation (Myélite subaiguë récidivante après) (CARROT et PARAIRE), 314.
- Electro-encéphalogramme (l') dans les traumatismes crânio - cérébraux (PUECH, A. LERIQUE et J. LERIQUE), 319.
- v. *Abcès du cerveau*.
- v. *Pneumoencéphalographie*.
- Encéphalite morbillieuse psychosique avec hypersialorrhée chez un homme de 27 ans (L. CHRISTIAENS), 319.
- tuberculeuse terminale au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë (J. VIDAL, FOURCASE et Mlle GIRARD), 466.
- Enfance. v. *Poids de l'encéphale*.
- Enfants (l'Education sexuelle de nos) (G. RICHARD), 86.
- inadaptés, insociables (J. WINTSCH), 194.
- difficiles : pédagogie (E. LARAVOIRE), 204.
- difficiles : activité manuelle et éducation (John CHAMBORDON), 205.
- v. *Caractère*.
- v. *Quantités limitées*.
- Eurdésie et hérédité (Mme ROUDINESCO), 70.
- Epilepsie expérimentale. Sur son mécanisme (J.-L. PARROT et J. LEFEBVRE), 80.
- Action comparée des barbituriques, des hydantoïnes et des bromures sur l'épilepsie électrique du rat (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 81.
- type Brown-Séquard (P. TANRET), 330.
- Epilepsie (Formes et signes). — du moignon et moignons douloureux (E. CARROT et M. DAVID), 473.
- (Le test de Rorschach dans l') essentielle (Mme F. MINKOWSKA), 545.
- giratoire traumatique (M. DAVID, H. HECAEN, J. SAUGUET), 619.
- tardive avec troubles mentaux par leptoménigite chronique (MARTIMOR et J. MORICE), 48.
- tardive, fugue coordonnée sous forme de somnambulisme (MARCHANI et J. de AJURIAGUERRA), 138.
- Epilepsie (Thérapeutique). — Salicylate de soude, colchique et cautère permanent dans l'épilepsie essentielle (H. DAUSSY et Mlle E. WOLFF), 62.
- Traitement par le diphényl-hydantoïne de soude (RISER, GAYRAL et GUY), 335.
- (Traitement de l') chez les enfants par le dilantin (S. LIVINGSTON), 336.
- Association de la phénylisopropylamine aux barbituriques (J. SIGWALD), 336.
- Utilité des analeptiques combinés au luminal (S. TINKELMANN et A. ANIEFF), 337.
- Traitement suspensif de la fureur et de l'excitation épileptiques (J. WEINBERG), 337.
- Psychothérapie (S. COBB), 337.
- Epileptique (Un cas de pseudo-suicide) (J. RONDEPIERRE, M. LETAILLEUR et Mme LEULIER), 305.

- (Myoclonies chez un) (ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIA GUERRA), 315.
- Erythromélgie. Douleurs fulgurantes après myélotomie postérieure (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 191.
- Excitabilité nerveuse. Modifications dans les principales avitaminoses (P. CHAUCHARD), 79.
- Effets opposés de l'histamine et d'un antihistaminique de synthèse (Mme B. et P. CHAUCHARD), 79.

F

- Foster-Kennedy (Syndrome de) lié à un blocage de l'aqueduc de Sylvius (P. PUECH, DESVIGNES et P. DESCLAUX), 190.
- Foudre (Syndrome thalamique avec hémiplégie et amblyopie unilatérale consécutif à la) (L. FROMENTY), 466.
- Fractures du crâne (Ménigites dans les) (DESJACQUES et PUGAT), 200.
- (une) avec œdème mortel (ETIENNE, CHEYNEL et COSTECALDE), 201.
- Fracture vertébrale au cours de crise convulsive provoquée (Tavernier et Mallet Guy), 93.
- Frontal (Blessure crânio-cérébrale avec projectile dans le lobe), extraction, guérison (DESOGHER), 472.
- (Un cas de lobectomie) bilatérale partielle (NICHOLS et Me. VICKERHUNT), 472.
- Fugue coordonnée sous forme de somnambulisme, épilepsie tardive (L. MARCHAND et J. de AJURIA GUERRA), 438.

G

- Glossolalie. Un cas spécial (X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL), 31.
- Glutathion (Influence de l'ingestion de levures sur le taux de) sanguin (L. BINET et V. BONNET), 328.
- Graphologie et autres tests (H. BERNA), 323.
- Graphologiques (Examens) en tant que méthode de contrôle de la théorie de l'hypnose (B. STOKVIS), 461.
- Grossesse nerveuse. Rôle du splanchnique (H. COSTANTINI), 69.
- Guanidine. v. Azotémique.
- Guillain-Barré (Syndrome de).
- (Polyradiculonévrite de) associée à un syndrome de déséquilibre alimentaire (L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSOUANT), 469.

- , paralysie respiratoire grave, guérison après séjour dans le « poumon d'aéier » (MASSOT et DUBOIS), 470.
- v. Polyradiculonévrite.

H

- Hallucinations auditives avec agnosie auditive et verbale, accidents paroxystiques révélateurs de tumeur temporale (M. DAVID, J. de AJURIA GUERRA, H. SAUGUET), 307.
- Hallucinoze (Lésion protubérantielle basse et) (ALAJOUANINE, THUREL et DURUPT), 189.
- Haschisch. Intoxication, état confusonoirique, auto-dénéciation d'assassinat fétif (J. DELAY, MAILLARD et GENDROT), 37.
- Hébéphrénie. Critères pronostiques (B. GOTTLIEB), 623.
- Heidegger (Philosophie existentielle de) (ANNA TUMARKIN), 323.
- Hématomes (Les) intra-cérébraux spontanés (J. GUILLAUME et JOINVILLE), 615.
- (Sur un type d') intra-cérébral spontané curable chirurgicalement (M. DAVID et H. HÉCAEN), 616.
- Hémicraniose. Un cas (J. LHERMITTE), 618.
- Hémorragies méningées récidivantes avec hypoprotrombinémie (A. ROSSIER), 199.
- Hérédité (L') des constitutions psychopathiques à la lumière de la méthode des jumeaux (G. OANCEA URSU), 464.
- Héréditaires (Facteurs) de l'étiologie de la psychose maniaque dépressive et de la démence précoce (H. POLLOCK et B. MALZBERG), 463.
- Histamine. v. Excitabilité nerveuse.
- Sur le mécanisme périphérique de la douleur, intervention de l'histamine dans la brûlure et le prurit (J.-L. PARROT), 83.
- Hydrocéphalie externe au cours de la coqueluche (J.-A. CHAVANY et M. FELD), 199.
- Hygiène mentale dans le canton de Vaud (L. BOVER), 207.
- et l'application du Code pénal suisse, en particulier du Code des mineurs (A. REPOD), 208.
- des alcooliques et des psychopathes en relation avec le nouveau Code pénal (R. HUMBERT), 209.
- Hyperostose frontale interne et délire de persécution (H. FLOURNOY), 192.

Hyperthyroïdiens. Régime carotinogène dans leur traitement (Y. BOQUIERS), 340.

Hypoglycémique (Délire secondaire à des états crépusculaires) (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et Mme H. LEULIER), 546.

— (Sur le mécanisme du coma) (J. DELAY et Mlles MOREAU), 520.

Hypoglycémie (L') spontanée à forme comateuse (J. LHERMITTE), 625.

Hypophysaire. v. *Adénome*.

Hystérie et épilepsie (L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSOUANT), 68.

Hystériques (Manifestations) chez une paysanne débile (Mlle CULLERRE, J. VIÉ et R. BINOIS), 142.

— (Un cas de mutisme) guéri au bout de 34 ans (J. FERDIÈRE et J. LATRÉMOIÈRE), 608.

I

Incarcérations de longue durée (M. SUKOV), 342.

Infantile (Services de neuro-psychiatrie) de Seine-et-Oise : deux ans de fonctionnement d'un centre d'observation, triage et rééducation pour troubles du caractère (G. PAUL-BONCOUR et J. ROUART), 54.

— (Problèmes actuels d'hygiène mentale et de neuro-psychiatrie) en Angleterre (A. REPOND), 202.

— v. *Délinquance*.

Infirmes et anormaux : problèmes scientifique et pratique communs à l'hygiène mentale, à la psychiatrie et à la prévoyance (A. REPOND), 84.

Insulinothérapie (Succès de l') : manie grave (J. DELAY et P. NEVEU), 92.

— (Succès de l') : psychose périodique à évolution grave (J. DELAY, P. NEVEU et R. LEULIER), 293.

— v. *Delirium tremens*.

Intelligence. Ses propriétés fondamentales (R. MEILI), 324.

Intoxication alimentaire, accidents nerveux conjugués (ANDRÉ-THOMAS, COCHEZ et BORDET), 313.

— d'atelier par le bromure de méthyle (L. MICHAUX, COURCHET et LECHEVALLIER), 315.

— alimentaire (deux cas) avec paralysie des extrémités et signes pyramidaux (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 315.

— (Cinq cas d') par le redoul (L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSOUANT), 468.

— familiale à forme polynévritique par huile contenant du tri-ortho-crésyl-phosphate (Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, Ch. COURY et C. VILLEY), 469.

— (Troubles d'origine médullaire dans l') par le tri-ortho-crésyl-phosphate (G. GUILLAIN et P. MOLLARET), 469.

— v. *Alcool méthylique*.

— v. *Haschisch*.

Invalides mentaux (Patronage des) socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838 (P. SIVADON), 453.

Iode. v. *Thyroïde*.

J

Jalousie (Sur la prophylaxie de la) (Aug. LEY), 85.

Jumeaux. v. *Hérédité*.

Juvénile. v. *Originalité*.

K

Kaposi (Maladie de) et troubles nerveux (SÉZARY, BOLGERT et SÉNÉCAL), 470.

Kystes séreux rétro et intra-cérébelleux, épisodes de cécité télencéphalique (A. TOURNAY et J. GUILLAUME), 617.

— (Nécessité d'enlever la paroi des gliomateux) (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 617.

L

Lacunaire (Syndrome mélancolique pseudo-déméntiel chez un), Encéphalographie, électro-choc (J. DELAY et Mlle MOREAU), 300.

Langage (Troubles du) chez l'enfant (Ferd. MOREL), 70.

Législation et hygiène mentale dans le canton de Vaud (L. BOVER), 207.

Liquide céphalo-rachidien dans la polynévrite diphtérique (M. JANBON, J. CHAPTAL, P. CAZAL et J. ANDREANI), 329.

M

Maladies mentales (Hypothèse sur le problème biologique des) (P. DOUSINET), 331.

- Malformations congénitales, pathogénie et hérédité** (L. LAMY), 83.
- Malgaches** (Sur la manière dont les se représentent le cœur (A. LAIR), 324.
- Maniaques** (Syndrome basedowien prémonitoire d'accès) récidivants (J. DELAY, P. NEVEU et Mme LEULIER), 296.
- Manie grave** : échec de l'électro-choc, succès de l'insuline (J. DELAY et P. NEVEU), 92.
- Marais** (Eugène-N.) et le problème de l'âme animale (C. BAUMANN), 322.
- Mariage** (A propos du certificat d'examen médical avant le), institué par la loi du 16 décembre 1942 (M. LACOMME et J. GRASSET), 334.
- Méconnaissances systématiques. Etude psychopathologique** (J. VIÉ), 1.
- Médoco-psychologique** (Société).
— Assemblée générale, 574.
— Allocution de M. LHERMITTE, Président, 418.
— Anniversaire (100^e) de la naissance d'A. RITTI, 422.
— Décès : ADAM (Emile), SANTENOISE Achille), 160 ; OLIVIER (Maurice), 421 ; R. ROUGEAN, 574.
— Election d'une commission d'études, 159.
— Election du Bureau de la Société pour 1945, 578.
— Election d'un membre associé étranger : M. J. de AJURIAGUERRA, 581.
— Election de membres correspondants nationaux : MM. RISER, 47 ; COULON, LETAILLIEUR, 528.
— Election d'un membre titulaire : M. RISER, 580.
— Election d'un membre titulaire honoraire : M. HALBERSTADT, 580.
— Prix Antoine Ritti : règlement 577.
— Vœu relatif à l'examen psychotechnique et psychiatrique dans l'Armée ainsi qu'à la réadaptation et au reclassement des rapatriés, 528.
- Mélancolie** (Association de) anxieuse et de crise oculo-céphalalgique (RISER, DARDENE et GAYRAL), 279.
— (Traitement de la) d'involution (H. PALMER), 339.
— (Traitement de la) d'involution (C. AULT, E. HOCTOR et A. WERNER), 340.
- Mélancolique** (Syndrome) pseudo-déméntiel chez un lacunaire. Encéphalographie, électro-choc (J. DELAY et Mlle MOREAU), 300.
- Mélitococcique** (Le mal de Pott cervical) (L. RIMBAUD, P. LAMARQUE et H. SERRE), 468.
- Mémoire associative** (Valeur formelle des mots pour la) (D. SALADE), 75.
— associative (Valeur fonctionnelle des mots dans la) (COSTE-ARON), 324.
- Meneur** (L'élève) de jeu (L. BOLOGA), 74.
— (L'élève) à la puberté et à l'adolescence (L. BOLOGA), 75.
- Méningiomes** (Les faux) de la petite aile du sphénoïde (CHRISTOPHE), 191.
- Méningite endothélio-leucocytaire multirécurrenente bénigne** (P. MOLLARET), 190.
— (Sur les) dans les fractures du crâne (DESJACQUES et PUGAT), 200.
— aiguë à éosinophiles (ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT), 314.
— pneumococcique à forme comateuse guérie par sulfamidothérapie (P. NICAUD, A. LAFITTE et S. BUHOT), 477.
— pneumococcique guérie par sulfamidothérapie (P. NICAUD, A. LAFITTE et S. BUHOT), 477.
— v. *Pénicilline*.
- Mésodiencephale** (Psychisme et) (J. LHERMITTE), 165.
- Mineurs délinquants** (Constatations médicales et sociales au centre d'accueil des) d'Ille-et-Vilaine (H. DAUSSY et P. FLOT), 565.
- Moelle** (Effets de l'excitation du segment inférieur de la) dans un cas de section totale (J.-A. BARRÉ), 191.
— (Electrisation du bout inférieur de la) dans un cas de destruction incomplète (J.-A. BARRÉ, WARTER et ROHMER), 315.
— (Plaies pénétrantes de la), clinique et thérapeutique (R. KLEIN et GUIOT), 471.
— (Indications opératoires dans les grands traumatismes de la) (J. LHERMITTE), 472.
- Musicale** (Psycho-psychologie) (G. COTUL), 76.
- Mutisme** (Un cas de) hystérique guéri au bout de 34 ans (G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOLIERE), 603.
— et opposition chez les psychopathes (Ch. DARROW et A. SOLOMON), 622.
- Myasthénie**. Un cas (F. COSTE, J. HEWITT et A. SICARD), 188.
— avec atrophie musculaire (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT), 315.
- Myatonie** (Etat à sa majorité d'un sujet atteint de) congénitale (G. GUILLAIN, P. MOLLARET et BASTIN), 619.

Myélite subaiguë après électrocution (CARROT et PARAIRE), 314.

Myoclonies rythmées du voile, de la glotte et du diaphragme par accès périodiques (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et WOLFROM), 191.

— chez un épileptique (ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIA GUERRA), 315.

Myotonie (Un cas de) atrophique (M. MICHEL-BÉCHET, M. GODLEWSKI et BERNARD), 33.

Myopathique (Enervation sinuocarotidienne chez un), amélioration (A. THÉVENARD et LÉGER), 190.

N

Narcissique (Deux poèmes d'inspiration) (LASZLÖ TOTH), 78.

Narcose au tribrométhanol, interruption par le cardiazol (JACQUOT, MONTASSUT, SAUGUET, LEULIER), 94.

Neurolymphomatose (La) des gallinacés (J. LHERMITTE, J. de AJURIA GUERRA et SOUQUET), 467.

Neurone (Retentissement sur l'ensemble du) d'effets localisés au corps cellulaire (Mme B. et P. CHAUCHARD), 78.

Névrite optique (La) du stovarsol sodique (M. SÉZARY et A. BARBÉ), 476.

— tabétique et stovarsol (RISER, GÉRAUD, DARDENNE), 476.

Névroses (Théorie générale des) (G. PARCHEMINÉY), 318.

— (Affectivité animale et certaines) humaines (O.-L. FOREL), 460.

Nystagmus. Enregistrement électrique (R. CAUSSÉ), 82.

O

Obsession (Sur une forme particulière d') (A. BARBÉ et Mlle COULON), 498.

— v. *Phobie*.

Occipitaux (Ramollissement des deux lobes), perte des images-souvenirs (J.-A. CHAVANY), 69.

Olivier (Maurice). Nécrologie (L. MARCHANT), 346.

Orientation professionnelle. Principales contre-indications médicales (R. LAFON), 74.

— (L'), service social, l'expérience de Marseille (Mlle J.-M. JAUR), 620.

Originalité (De la crise d') juvénile à la schizophrénie (R. BESSIÈRE), 349.

Oxycéphalie avec agénésie de la commissure calleuse et du vernis inférieur (J. LHERMITTE, J. de AJURIA GUERRA et TROTOT), 313.

P

Pallialie. v. *Paralytique général*.

Paralysie générale décelée par un ictus amnésique (X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL), 149.

— associée à la psychose maniaque dépressive et à la schizophrénie (D. ROTSCID), 462.

— (Traitement malarique de la) par injection de petites doses de parasites (P. HOCH, E. KASCH et L. COGGESHILL), 478.

— (Niveau mental et activité sociale en colonie familiale de malades atteints de) (M. LECONTE et P. MARTY), 530.

— (Traitement de la) par le dérivé de la phényl-dichlorarsine 4.000 M. (R. BESSIÈRE et M. ZABOROWSKI), 569.

— aiguë (M. HERMAN et M. ROSENBLUM), 624.

— v. *Démence paralytique*.

Paralytiques généraux malarisés : aortites tardives (P. GUIRAUD, H. SAUGUET et Mme H. LEULIER), 154.

— Pallialie chez un paralytique général (X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL), 512.

— (Un) guéri par l'électro-choc après échec de la malaria et de la chimiothérapie (G. FÉRIÈRE et J. LATRÉMOILLÈRE), 611.

Paranoïde (Considérations sur le syndrome) (Ch. MILLER), 623.

Paraplégies flasco-spasmodiques curables : rôle des troubles de la sensibilité dans l'absence de contracture (F. THIÉBAUT, GUIOT et HOUDART), 617.

Parkinsonien (Traitement du syndrome) par la racine de belladone bulgare et le sulfate d'amphétamine (E. DAVIDOFF, E. REIFENSTEIN et N. CHAMBERS), 478.

Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838 (P. SIVADON), 453.

Pédagogie des enfants difficiles (E. LARAVOIRE), 204.

Pellagre (La forme mentale de la) (E. CARROT et A. CHARLIN), 481.

Pénicilline (La) (J. SAIDMAN), 335.

— (Un cas de méningite à pneumocoque sulfamido-résistant traité par la) (R. MARTIN, R. SUREAU et A. VITTOZ), 339.

- Philosophie. v. *Heidegger*.
 Phobie de l'obscurité (J.-M. BERT, T. DESMONTS et J. RODIER), 196.
 Pick (Maladie de). Un cas (X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL), 34.
 —. Forme pariéto-occipitale (J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX), 616.
 Pithiatique (Pseudo-tétanos) (TURRIÈS, BOUDOURESQUES et J. ROGER), 69.
 Pneumo-encéphalographie. v. *Démence aphaso-agnoso-apraxique*.
 — (Résultats concordants de la) et de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des atrophies cérébrales (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et Mme LERIQUE), 616.
 —. Exploration du lac basilaire (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 618.
 Poids de l'encéphale et sexualité dans l'enfance et la jeunesse (P. NOBÉCOURT), 331.
 Poliomyélite (Diagnostic et traitement de la) antérieure aiguë (L. RIMBAUD), 474.
 — (Séquelles de) (P. NICON), 474.
 Polyradiculonévrite ascendante avec dissociation albumino-cytologique, origine diphtérique vraisemblable (J. BOUCOMONT et R. SARRAN), 470.
 —. v. *Guillain-Barré (syndrome de)*.
 Possession diabolique (Les psychoses de) (J. LHERMITTE), 460.
 Prophylaxie mentale. Quelques réalisations récentes (HEUYER, HAZEMANN et A. HUREZ), 333.
 —. v. *Assistance psychiatrique*.
 Psychiatrie dans l'armée britannique pendant cette guerre (J.-R. REES), 344.
 Psychisme et mésodiencephale (J. LHERMITTE), 465.
 Psychologie (la) individuelle d'A. Adler (M. ENGELSON), 201.
 — animale et psychologie humaine (G. VIAUD), 321.
 — publicitaire (Méthodes de) (Martha FAYER), 324.
 —. v. *Religion*.
 Psychoses discordantes à forme périodique (J. RONDEPIERRE et D. COLOMB), 97.
 Psychose maniaco-dépressive (Troubles de la fonction hypnique symptomatique de) (P. SIVADON et J.-L. BEAUDOUIN), 28.
 —. Variations pondérales et période critique en temps de restrictions alimentaires (P. CHATAGNON et J. MABON), 454.
 — (Détermination du nombre des) (P. HOCH et H.-L. BACHLIN), 463.
 Psychose périodique à évolution grave, échec de l'électro-choc, succès de l'insuline (J. DELAY, P. NEVEU et R. LEULIER), 293.
 — (Une forme atypique de la) (A. BARBÉ), 463.
 Psychothérapie dans le traitement de l'épilepsie (S. COBB), 337.
 — (Réflexions d'un psychothérapeute sur la « petite ») (A. MAEDER), 338.
 Psychothérapique (Critique) des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés) (CHANES et J. VUÉ), 439.
 Puberté (Troubles nerveux de la) : fréquence et polymorphisme (A. BARBÉ), 71.
 Puerpéralité (Etude des maladies mentales au cours de la) (J. SMALLDON), 624.
- Q
- Quantités limitées (Problèmes psychologiques des) chez l'enfant (A. REY), 325.
- R
- Rachitisme expérimental par simple alcalose (R. LECOQ), 83.
 Radiculaire (Syndrome) pur des fibres longues, facteur gastrique et anémique (P. MOLLARET, P. MARTIN et VITTOZ), 189.
 Réactions à retardement dans l'Associationsexperiment de Jung (J.-G. LANG), 324.
 Recklinghausen (Maladie de) (Paraplégie par cyphose-scoliose au cours d'une) (G. HEUYER et M. FELD), 616.
 Religion (Importance de la psychologie de la) (Hans SCHÄR), 323.
 Restrictions alimentaires. v. *Psychose maniaco-dépressive*.
 —. v. *Dénutrition*.
 Rhumatisme chronique (Le) cérébral, facteur possible de certains cas de démence précoce (W. BRUETSCH), 623.
 Rigidité (Syndrome de) du vieillard : syndrome de Forster, myosclérose rétractile (J. LHERMITTE, J. de AJURIAGUERRA et HÉCAËN), 197.
 Rire (Psychologie du) (L. JEANTET), 464.
 Ritti (Antoine). Centième anniversaire de sa naissance. Notes biographiques sur sa formation et ses débuts (G. COLLET), 422.

- Rorschach (La méthode de) et son Ecole (W. MÖRGENTHALER), 462.
 — (Le test de), interprétation méthodologique (J. DUBLINEAU), 502.
 — (Essai d'une étude chiffrée du comportement verbo-moteur dans le test de) (J. DUBLINEAU), 505.
 — (Le test de) dans l'épilepsie essentielle (Mme F. MINKOWSKA), 545.
 — (Le test de) et le problème typologique (J. DUBLINEAU), 548.
 — (De quelques liaisons psychocliniques dans le test de) (J. DUBLINEAU), 584.
 Rumeur (La) en tant que phénomène psychologique des foules (Donald BRINKMAN), 321.

S

- Schéma corporel (Perturbation du) à type de dyssomatognosie (RISER, DARDENNE et GAYRAL), 49.
 Schilder-Foix (Maladie de) (J. DECHAUME, P.-F. GIRARD et M. PONT), 197.
 Schizis (Importance de la) dans la vie psychique (Max PULVER), 323.
 Schizophrénie (Crise d'originalité juvénile et) (R. BESSIÈRE), 349.
 — (Psychoses simulant la) au cours d'état émotionnel (H. PASKIND et M. BROWN), 462.
 — (Diagnostic différentiel de la) à la lumière des niveaux de la personnalité (O. KANT), 623.
 Sciatique et névralgie faciale : médecine ou chirurgie ? (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 314.
 Sclérose latérale amyotrophique traumatique, un cas (P. LÉCHELLE et A. ANGELIN), 342.
 Sclérose tubéreuse de Bourneville (R. DEGOS et J. LEREBoullet), 71.
 — chez quatre membres d'une même famille (R. DEGOS et O. BELZANT), 72.
 — non familiale, trois cas (R. DEGOS, P. HENNION et J. DELORT), 72.
 Sedormid (Deux cas de syndrome hémorragique par absorption thérapeutique de) (J.-M. BERT et M. GONLEWSKI), 476.
 Soludagénan (Trois cas de paralysie sciatique après injection de) (J. LÉVESQUE, H. PERROT et BOURDIN), 339.
 Stovarsol. v. *Névrite optique*.
 Suicide (Un cas de pseudo-) épileptique (J. RONDEPIERRE, M. LETAILLER et Mme LEULIER), 305.
 Sulfamides (Un cas de mort après ingestion de) (PERIN, LAFONTAINE et PAYENNEVILLE), 338.

— v. *Soludagénan*.

Sulfamidothérapie pyridinique : quelques incidents convulsifs observés chez les enfants (ETIENNE, CHEYNEL et COSTECALDE), 338.

— v. *Méningite*.

Surdité verbale avec hypoacousie bilatérale (F. THIÉBAUT, LEMOYNE et E. WOLINETZ), 190.

Sympathome embryonnaire paravertébral, propagation intra-rachidienne, compression médullaire (THUREL), 189.

Syphilis. Résultats de son traitement par les arsénones (LAUCHER), 94.

— (Traitement de la) récente par les arsénones (P. DUREL), 95.

T

Tabes (Astéréognosie révélatrice d'un) latent (L. MICHAUX, COURCHET et Mlle GRANIER), 188.

Tabétique. v. *Névrite optique*.

Temps (Notion de) : une expérience sur son développement (J. PIAGET), 73.

Terrain (Le) convulsif (J. DUBLINEAU), 584.

Tétanie. Fréquence actuelle chez les enfants (ETIENNE, CHEYNEL et COSTECALDE), 71.

— (L'indice galvano-tonique, mesure de l'excitabilité nerveuse dans la) (R. TURPIN et J. LEFEBVRE), 81.

— Modifications de l'électromyogramme et troubles de la transmission neuro-musculaire (TURPIN, J. LEFEBVRE et J. LERIQUE), 82.

Tétanos céphalique avec hydrophobie (V. de LAVERGNE et HELLUY), 467.

Thomsen (Maladie de) (ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA), 189.

Thrombose (Hémiplégie et aphasie par) de la carotide interne (TROTOR), 615.

Thromboses expérimentales (Modifications de l'électro-encéphalogramme au cours des) (I. BERTRAND et J. GODET-GUILLAIN), 82.

— Etude des divers constituants nerveux encéphaliques au point de vue thrombo-cinétique (I. BERTRAND et D. QUIVY), 82.

Thyroïde (Le métabolisme de l'iode et le corps) (M. ROCH), 332.

Thyraxine et cuivre (SAINTON et SIMONNET), 332.

— (Prévention et traitement par la) des crises aiguës des hyperthyroïdiens (J. MAHAUL), 340.

Toxicomanes (Médecins) et loi fédérale sur les stupéfiants (Th. REH), 89.

— (Emploi par les) de laudanum en injection hypodermique (H. GRIFFON), 196.

Transfusion (La) du sang par voie sternale (G. GIRAUD et T. DESMONTS), 473.

Traumatisme crânien, collapsus ventriculaire, état confusionnel amélioré par insufflation, syndrome paranoïde (R. BESSIERE et P. SCHERRER), 184.

— v. *Adénolipomatose*.

— v. *Anarthrie*.

— v. *Electro-encéphalogramme*.

Traumatique. v. *Aphasie*.

— v. *Epilepsie*.

— v. *Sclérose latérale*.

Travail. Organisation scientifique (N. MARGINEANU), 73.

Trismus (Le) dans les lésions bulbo-protubérantielles (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT), 618.

Tuberculeuses (Episodes psychopathiques chez des) amoureuses de leur médecin (J. VIÉ et Mlle MESSIN), 459.

— (Encéphalite) terminale au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë (J. VIDAL, FOURCADE et Mlle GIRARD), 466.

Tuberculose des aliénés, dépistage, soins dans un hôpital psychiatrique (M. POROT, J. SUTTER, Ch. BARDENAT), 398.

Tumeurs cérébrales (Les) (Cl. GROS), 200.

— frontale méconnue chez un alcoolique épileptique (X. ABÉLY, DESCLAUX, J. NAUDASCHER et SUTTEL), 287.

— temporale : hallucinations auditives, agnosie auditive et verbale révélatrices (M. DAVID, J. de AJURIA-GUERRA et H. SAUGUET), 307.

— v. *Cancer*.

U

Ultravirus (Quelques grands caractères biologiques des) (P. HAUDUROY), 326.

Unna-Kaposi (Maladie de) (GOUGEROT), 471.

V

Virus neurotrope (Syndromes névralgiques à) (G. GIRAUD, J.-M. BERT et P. MAS), 467.

— (Quelques cas d'infection à) (L. RIMBAUD, H. SERRE, A. VEDEL), 467.

Vitamine H₁ (Action antagoniste de la) et des sulfamides sur les tissus (A. RUDEANU), 330.

W

Werdnig-Hoffmann (Maladie de) (G. HEUYER, J. LHERMITTE et J. de AJURIAGUERRA), 190.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (Xavier). *Discussion*, 36, 146, 173, 299.
- Diminution de l'aliénation mentale pendant la guerre, 212.
 - DESCLAUX, NAUDASCHER (J.) et SUTTEL. Tumeur frontale méconnue chez un alcoolique épileptique, 287.
 - DESCLAUX et SUTTEL. Paralyse générale décelée par un ictus amnésique, 149.
 - DESCLAUX et SUTTEL. Palilalie chez un paralytique général, 542.
 - LEROY et SUTTEL (R.). Un cas spécial de glossolalie, 31.
 - LEROY et SUTTEL. Un cas de maladie de Piek, 34.
 - et SUTTEL (R.). Un cas d'adipose hypophyso-tubérienne, 147.
 - v. Beaudouin (H.).
 - v. Demay.
- AJURIAGUERRA (J. de). *Discussion*, 141.
- Diabète et électro-choc, 93.
 - v. André-Thomas.
 - v. David.
 - v. Heuyer.
 - v. Lhermitte.
 - v. Marchand.
- ALAJOUANINE (Th.), BOUDIN (G.), COURY (Ch.) et VILLEY (Cl.). — Intoxication familiale à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du triorthocrésyl-phosphate, 469.
- et THUREL (R.). Douleurs fulgurantes après myélotomie postérieure dans un cas d'érythromélagie, 191.
 - et THUREL (R.). Médecine ou chirurgie : sciatique et névralgie faciale, 314.
 - et THUREL (R.). Deux cas d'intoxication alimentaire avec paralysie périphérique des extrémités et symptômes pyramidaux, 316.
 - et THUREL (R.). Nécessité d'enlever la paroi des kystes gliomateux, 617.
 - et THUREL. Exploration du lac basilaire par pneumo-encéphalographie, 618.
 - et THUREL. Arachnoïdite opto-chiasmatique avec distension du lac basilaire, 618.
 - THUREL et DELSUC. Disque intervertébral et hernie intrarachidienne, 191.
 - THUREL (R.) et DURUPT. Lésion protubérantielle basse vasculaire et hallucinose, 189.
 - THUREL (R.) et DURUPT. Méningite aiguë à éosinophiles, 314.
 - THUREL (R.) et DURUPT. Myasthénie avec atrophie musculaire, 316.
 - THUREL et DURUPT. Trismus dans les lésions bulbo-protubérantielles, 618.
 - THUREL et LONGUET. Ablation d'une métastase cérébrale de cancer du sein, guérison depuis plus de deux ans, 617.
 - THUREL et WOLFROM. Myoclonies rythmées du voile de la glotte et du diaphragme survenant par accès périodiques, 191.
- ANGELIN (A.). v. LÉCHELLE (P.).
- ANDRÉANI (J.). v. Janbon.
- ANDRÉ-THOMAS. Dystonie de fonction chez un instrumentiste, 313.
- Bravais-Jacksonisme provoqué. Troubles de l'orientation spatiale, 465.
 - et AJURIAGUERRA (J. de). La crampe des écrivains est-elle une affection organique ? 67.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- et AJURIAGUERRA (J. de). Maladie de Thomsen, 189.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Myoclonies chez un épileptique, 315.
- , COCHEZ et BORDET. Accidents nerveux conjugaux consécutifs à une intoxication alimentaire, 313.
- et LEPAGE (V.). Amyélencéphalic, 189.
- ARIEFF (A.). v. *Finkelmann* (S.).
- AUBRY (M.). v. *Mollaret*.
- AULT (C.), HOCTOR (E.) et WERNER (A.). Traitement de la mélancolie d'involution, 340.

B

- BAPTISTE (R.). v. *Loeper*.
- BARBÉ (A.). Une forme atypique de la psychose périodique, 463.
- et COULON (Mlle). Sur une forme particulière d'obsession, 498.
- v. *Sézary*.
- BARDENAT (Ch.). v. *Porot* (M.).
- BARRÉ (J.-A.). Sur la fréquence et le polymorphisme des troubles nerveux de la puberté, 71.
- , Effet de l'excitation électrique du segment inférieur de la moelle dans un cas de section totale, 191.
- , WARTER et ROHMER. Electrification du bout inférieur de la moelle dans un cas de destruction incomplète, 316.
- BARUK (H.). *Discussion*, 524, 526, 552, 598.
- , Les crises nerveuses généralisées, 245.
- BAUMANN (Carol). Eugène-N. Marais et le problème de l'âme animale, 322.
- BEAUDOUIN (H.). *Discussion*, 61, 438, 557, 594.
- , ABÉLY (X.) et BROUSSEAU (A.). L'assistante sociale psychiatrique, son rôle hospitalier (I), 478.
- , ABÉLY (X.) et BROUSSEAU (A.). L'assistante sociale psychiatrique, son rôle hospitalier (II), 434.
- , HAZEMANN (R.-H.) et FOUQUET (P.). L'assistante sociale psychiatrique, rôle au dispensaire, 553.
- v. *Demay*.
- BEAUDOUIN (J.-L.). v. *Sivadon*.
- BÉCLÈRE (C.-L.). Aménorrhée d'origine énotive avec retour immédiat des règles par traitement hormonal et antispasmodique, 340.
- BERNA (H.). Graphologie et autres tests, 323.
- BERNARD (Pierre). v. *Marchand*.
- BERNARD (R.). v. *Michel Béchet*.
- BERSOT (H.). Le développement et l'état actuel de l'assistance aux anormaux en Suisse, 89.
- , L'assistance aux psychopathes sociaux et délinquants, 210.
- , L'assistance aux alcooliques, 211.
- BERT (J.-M.), DESMONTS (T.) et RODIER (J.). Une singulière obsession : la phobie de l'obscurité, 196.
- , DESMONTS (T.) et RODIER (J.). Acropathie ulcéro-mutilante unilatérale avec aréflexie, 471.
- et GODLEWSKI (M.). Deux cas de syndrome hémorragique par absorption thérapeutique de sédormid, 476.
- v. *Giraud* (G.).
- BERTRAND (Ivan) et GODET-GUILLAIN (Mme J.). — Modification de l'électro-encéphalogramme au cours des thromboses expérimentales, 82.
- et QUIVY (D.). Etude comparée de divers constituants nerveux encéphaliques au point de vue thrombo-cinétique, 82.
- BESSIÈRE (R.). De la crise d'originalité juvénile à la schizophrénie, 349.
- et SCHERRER (P.). Traumatisme cranien, méningite séreuse avec collapsus ventriculaire, améliorations transitoires après insufflations ventriculaires, syndrome paranoïde résiduel, 184.
- et ZABOROWSKI (M.). Le traitement de la paralysie générale par le dérivé de la phényl-dichlorarsine, 569.
- v. *Marchand*.
- BINET (L.) et BONNET (V.). Influence de l'ingestion de levures sur le taux du glutathion sanguin, 328.
- BINOIS (R.). v. *Cullerre* (Mlle).
- BOLGERT. v. *Sézary*.
- BOLOGA (L.). L'élève meneur de jeu, 74.
- , L'élève meneur à la puberté et à l'adolescence, 75.
- BONHOMME. *Discussion*, 588, 595.
- BONNAFÉ (L.) et FOUQUET (P.). Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie, 557.
- BONNET (V.). v. *Binet* (L.).
- BOQUIERS (G.). Le régime carotinogène dans le traitement des hyperthyroïdies, 340.
- BOUCOMONT (J.) et SARRAN (R.). Poly-radiculonévrite ascendante avec dissociation albumino-cytologique. Origine diphtérique vraisemblable, 470.
- BOUDERLIQUE (Mlle). v. *Lepoutre*.
- BOUDIN (G.). v. *Alajouanine*.
- BOUDOUQUES (J.). v. *Turries*.
- BOURDIN. v. *Lévesque*.
- BOUREAU (J.). v. *Delay* (J.).
- BOVET (L.). Législation et hygiène mentale dans le canton de Vaud, 207.
- BRETON (P.). v. *Loeper*.

- BRINKMANN (Donald). La rumeur en tant que phénomène psychologique des foules, 321.
 BRISSOT (M.). *Discussion*, 58, 59, 60.
 BROUSSEAU (A.). *Discussion*, 438.
 —. v. *Beaudouin* (H.).
 BROWN (M.). v. *Paskind*.
 BUHOT (S.). v. *Nicaud*.
 BURLOUD (A.). L'âme collective, 320.
 BUVAT (J.-F.). *Discussion*, 290.

C

- CARRETTE. *Discussion*, 598.
 CARROT (E.) et CHARLIN (A.). La forme mentale de la pellagre, 481.
 — et DAVID (M.). Épilepsie du moignon et moignons douloureux, 473.
 — et PARAIRE. Myélite subaiguë récidivante après électrocoagulation, 314.
 CAUSSÉ (R.). Enregistrement électrique des nystagmus, 82.
 CAZAL (P.). v. *Janbon*.
 CHAMBERS (N.). v. *Davidoff*.
 CHAMBORDON (John). L'activité manuelle et l'éducation des enfants difficiles, 205.
 CHANÉS (Ch.) et VIÉ (J.). Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés, 439.
 CHAPTAL (J.). v. *Janbon* (M.).
 CHAPUIS. v. *Flandin*.
 CHARLIN (A.). v. *Carrot*.
 CHARPENTIER (René). Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France, 247.
 CHATAGNON (P.-Ad.). *Discussion*, 595, 598, 614.
 — et MABON (J.). Les variations pondérales et la période critique au cours de la psychose maniaque-dépressive en temps de restrictions alimentaires, 451.
 — et MABON (J.). Modifications cardiovasculaires au cours des cachexies chez les psychopathes, 290.
 —, MABON (J.) et LAMOLE (Mlle P.). L'avortement et la stérilisation thérapeutique en psychiatrie, 590.
 —, MABON (J.) et LAMOLE (Mlle P.). Un cas d'accoutumance au dolosal, 595.
 CHAUCHARD (Mme B.) et CHAUCHARD (P.). Retentissement sur l'ensemble du neurone des faits localisés au corps cellulaire, 78.
 — et CHAUCHARD (P.). Les effets opposés de l'histamine et d'un antihistaminique de synthèse sur l'excitabilité nerveuse.
 CHAUCHARD (P.). Etude comparative des modifications d'excitabilité nerveuse dans les principales avitaminoses, 79.

- CHAVANY (J.-A.). Ramollissement des deux lobes occipitaux, la perte des images-souvenirs, 69.
 — et FELD (M.). L'hydrocéphalie externe au cours de la coqueluche. Réflexions sur les méningites séreuses, 199.
 CHÉRAMY. v. *Touraine*.
 CHEYNEL. v. *Etienne*.
 CHOUTEAU (J.). Etude cinétique de la réaction de Bordet-Wassermann, 328.
 CHRISTIAENS (L.). Encéphalite morbilleuse psychosique avec hypersialorhée, 319.
 CHRISTOPHE. Les faux méningiomes de la petite aile du sphénoïde, 191.
 CLOW (H.). Etude de 100 malades atteints de psychoses et d'artériosclérose, 624.
 COBB (S.). Psychothérapie dans le traitement de l'épilepsie, 337.
 COGGESHALL (L.). v. *Hoch* (P.).
 COHEN (B.) et FLOWEN (B.). Essai de classification des états cliniques appelés démence précoce (schizophrénie), 623.
 COLLET (Georges). Notes biographiques sur la formation et les débuts d'Antoine Ritti, 422.
 COLOMB (D.). v. *Ajuriaguerra* (J. de).
 —. v. *Rondepierre*.
 CONTREL (A.). v. *Delay* (J.).
 COSTANTINI (Il.). Du rôle du splanchnique dans le syndrome grossesse nerveuse, 69.
 COSTE (F.). Dystonie du membre inférieur, 315.
 —, HEWITT (J.) et SICARD (A.). Sur un cas de myasthénie, 188.
 COSTE-ARON. Valeur fonctionnelle des mots dans la mémoire associative, 324.
 COSTECALDE. v. *Etienne*.
 COTUL (G.). Psychophysiologie musicale, 76.
 COULON (Mlle). v. *Barbé*.
 COULONJOU (R.). Diabète insipide après convulsivothérapie par le cardiazol, 92.
 COURCHET. v. *Michaux*.
 COURY (Ch.). v. *Alajouanine*.
 CULLERRE (Mlle E.), VIÉ (J.) et BINOIS (R.). Manifestations hystériques chez une paysanne débile. Traumatisme de l'adolescence, 142.

D

- DARDENNE. v. *Riser*.
 DARROW (Ch.) et SOLOMON (A.). Mutisme et opposition chez les psychopathes, 622.
 DAUMÉZON (G.). *Discussion*, 437, 594, 604.

- et DELAMARRE (P.). Problèmes médico-légaux soulevés par la pratique de l'électro-choc, 341.
- DAUSSY (H.) et FLOR (P.). Constata-tions médicales et sociales au Cen-tre d'accueil des mineurs délin-quants d'Ille-et-Vilaine, 565.
- et Mlle WOLFF (E.). Sur l'utilisation du salicylate de soude, du colchique et du cautère permanent dans quel-ques cas d'épilepsie essentielle, 62.
- et WOLFF (Mlle E.). Quelques résul-tats de traitement de troubles du caractère, 561.
- DAVID (M.), AJURIAGUERRA (J. de) et SAUGUET (H.). Hallucinations audit-ives avec agnosie auditive et verbale, accidents paroxystiques révélateurs d'une tumeur temporale, 307.
- et HÉCAEN (H.). Sur un type parti-culier d'hématome intracérébral spontané curable chirurgicalement, 616.
- , HÉCAEN (H.) et SAUGUET (J.). Epi-lepsie giratoire traumatique, 619.
- , v. Carrot.
- DAVIDOFF (E.), REIFENSTEIN (E.) et CHAMBERS (N.). Traitement du syn-drome parkinsonien par la racine de belladone bulgare et la benzé-drine, 478.
- DECHAUME (J.), GIRARD (P.-F.) et PONT (M.). La maladie de Schilder-Foix, 197.
- DECOURT (Jacques). A propos des amé-norrhées d'origine psychique, les aménorrhées pithiatiques, 317.
- DEGOS (R.) et DELZANT (O.). Sclérose tubéreuse de Bourneville chez qua-tre membres d'une famille, 72.
- , HENNION (P.) et DELORT (J.). Trois cas de sclérose tubéreuse de Bour-neville non familiale, 72.
- et LEREBOULLET (J.). Sclérose tubé-reuse de Bourneville, 71.
- DELAMARRE (P.). v. Daumézon.
- DELAY (Jean). *Discussion*, 31, 36, 61, 172, 286, 300, 312, 525, 539, 588, 595, 598.
- , BOUREAU (J.) et LEULIER (Mme). Electro-choc sous évipan sodique, 540.
- , MAILLARD et GENDROT. Etat confu-so-onirique après intoxication par le haschisch avec auto-accusation d'as-sassinat fictif, 37.
- , HEIM de BALSAC (R.) et NEVEU (P.). L'électrocardiogramme au cours de l'électrochoc, 533.
- et MOREAU (Mlle J.). Sur le méca-nisme du coma hypoglycémique, 520.
- et MOREAU (Mlle J.). Syndrome mé-lancolique pseudo-déméntiel chez un lacunaire. Encéphalographie. Elec-tro-choc, 300.
- et NEVEU (P.). Manie grave. Echec de l'électro-choc, succès de l'insu-line. Constatactions électro-encépha-lographiques, 92.
- , NEVEU (P.) et DESCLAUX (P.). Dé-mence aphaso - agnosio - apraxique. Atrophie à prédominance pariéto-occipitale bilatérale révélée par la pneumo-encéphalographie, 43.
- , NEVEU (P.) et DESCLAUX (P.). Forme pariéto-occipitale de la maladie de Pick, 616.
- , NEVEU (P.), DESCLAUX (P.) et Mme LERIQUE. Résultats concor-dants de la pneumo- et de l'électro-encéphalographie dans le diagnostic des atrophies cérébrales, 616.
- , NEVEU (P.), DESCLAUX (P.) et Mme LEULIER (H.). Délire secondaire à des états crépusculaires hypo-glycémiques, 516.
- , NEVEU (P.) et LEULIER (R.). Psy-chose périodique à évolution grave. Echec de l'électro-choc. Succès de l'insuline, 293.
- , NEVEU (P.) et LEULIER (Mme). Syn-drome basedowien avec exophtalmie unilatérale prémonitoire d'accès ma-niaques récidivants. Epreuve à la thyroxine, 296.
- et SOULAIRAC (A.). Dissociation expérimentale par l'électro-choc du syndrome humain de l'épilepsie convulsive et de l'absence épilepti-que, 81.
- et SOULAIRAC (A.). Action comparée des barbituriques, des hydanotoïnes et des bromures sur l'épilepsie élec-trique du rat, 81.
- , SOULAIRAC (A.) et BOITTELLE (G.). Etude pharmaco-dynamique de l'ac-tion neuro-végétative de l'électro-choc, 174.
- , SOULAIRAC (A.) et BOITTELLE (G.). Action de l'électro-choc sur la sécré-tion gastrique. L'hyperchlorhydrie de l'électro-choc, 604.
- , SOULAIRAC (A.), RIVIÈRE et CORTREL (A.). Electro-choc et cycle sexuel, 51.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 59, 60.
- DELORT (J.). v. Degos.
- DELSUC. v. Alajouanine.
- DELZANT (O.). v. Degos.
- DEMAY (G.), BEAUDOUIN (H.) et ABÉLY (X.). L'assistante sociale psychiatri-que. Les problèmes du secret pro-fessionnel, 599.
- DENIER (André). L'électro-choc sublimi-naire en dehors des psychoses, 93.
- DEROBERT (L.). v. Paul (Ch.).
- DESCLAUX (P.). v. Abély (X.)
- , v. Delay (J.).
- , v. Puech (P.).
- DESJACQUES et PUGEAT. Sur les ménin-gites dans les fractures du crâne, 200.

- DESMONTS (T.). v. *Bert (J.-M.)*.
 —. v. *Giraud (G.)*.
 DESORGHIER. Blessure cranio-cérébrale par éclat d'obus, projectile profond dans le lobe frontal. Extraction, guérison, 472.
 DESVIGNES. v. *Puech*.
 DONNADIEU. *Discussion*, 457.
 DOUSSINET (P.). Hypothèse sur le problème biologique des maladies mentales, 331.
 DUBLINEAU (Jean). *Discussion*, 31, 61, 141, 146, 552, 569, 589.
 —. L'équipement éducatif des consultations de psychiatrie infantile. L'éducatrice familiale, 446.
 —. L'assistance éducative dans les centres psychiatriques de traitement, 450.
 —. Le test de Rorschach ; interprétation méthodologique, 498.
 —. Essai d'une étude chiffrée du comportement verbo-moteur dans le test de Rorschach, 505.
 —. Chromotropisme et tendances caractérielles, 509.
 —. Le test de Rorschach et le problème typologique, 548.
 —. De quelques liaisons psycho-cliniques dans le test de Rorschach, 584.
 —. Le terrain convulsif, 584.
 DUROIS (de Rennes). v. *Massol*.
 DUREL (P.). Traitement de la syphilis par les arsénomes, 95.
 DURUPT. v. *Alajouanine*.

E

- ENGELSON (M.). La « Psychologie individuelle » d'Alfred Adler, 201.
 ETIENNE, CHEYNEL et COSTECALDE. Fréquence actuelle de la tétanie chez les enfants, 71.
 —. CHEYNEL et COSTECALDE. A propos d'une fracture du crâne avec œdème mortel, 201.
 —. CHEYNEL et COSTECALDE. A propos de quelques incidents convulsifs observés chez les enfants après sulfamidothérapie pyridinique, 338.
 EUZIÈRE (J.), GARDIEN, LAFON (R.), LEY (J.) et RUBÉNOVITCH (P.). Anarthrie et alexie dissociée, portant sur l'écriture cursive, curables chez un ancien traumatisé crânien, intellectuel, polyglotte, 382.

F

- FAURE-BEAULIEU, PUECH (P.) et MORLAAS (J.). Atrophie cérébrale post-commotionnelle, 314.
 FAYER (Martha). Méthodes de psychologie publicitaire, 324.

- FELD (M.). v. *Chavany*.
 FERDIÈRE (G.). *Discussion*, 593, 604.
 — et LATRÉMOIÈRE (J.). Un cas de mutisme hystérique guéri au bout de 34 ans, 608.
 — et LATRÉMOIÈRE (J.). Un paralytique général guéri par l'électro-choc après échec de la malaria et de la chimiothérapie, 644.
 FINKELMANN (S.) et ARIEFF (A.). Note sur l'utilité des analeptiques combinés au luminal dans le traitement de l'épilepsie, 337.
 FLANDIN, RICHON et CHAPUIS. Intoxication arsenicale par l'arsénobenzène, 475.
 FLOR (P.). v. *Daussy*.
 FLOURNOY (Henri). Délire de persécution et hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart Morel), 192.
 FLOWER (B.). v. *Cohen (B.)*.
 FOREL (O.-L.). Affectivité animale et certaines névroses humaines, 460.
 FOUQUET (P.). *Discussion*, 438, 457.
 —. v. *Beaudouin (H.)*.
 —. v. *Bonnafé (L.)*.
 FOURCADE. v. *Vidal (J.)*.
 FREY (E.). Biologie de la dynamique affective et du symbolisme, 77.
 FRIEBOURG-BLANC. *Discussion*, 59, 61.
 FROMENTY (L.). Syndrome thalamique avec hémiplegie et amblyopie unilatérale consécutifs à la foudre, 466.

G

- GARDIEN. v. *Euzière*.
 GAYRAL. v. *Bazex*.
 —. v. *Riser*.
 GENDROT. v. *Delay (J.)*.
 GÉRAUD. v. *Riser*.
 GIRARD (Mlle). v. *Vidal (J.)*.
 GIRARD (P.-F.). v. *Dechaume (J.)*.
 GIRAUD (G.). BERT (J.-M.), DESMONTS (T.) et RODIER (J.). Adénolipomatose à début brusque et à développement rapide par traumatisme crânien, 201.
 —. BERT (J.-M.) et MAS (P.). Syndromes névritiques à virus neurotropes, 467.
 — et DESMONTS (T.). La transfusion de sang par la voie sternale, 473.
 GLEY (P.), LAPIPE (M.), RONDEPIERRE (J.), HORANDE (M.-H.) et TOUCHARD (T.). Sur un syndrome convulsif consécutif à l'excitation électrique de la moelle, 80.
 —. LAPIPE (M.), RONDEPIERRE (J.), HORANDE et TOUCHARD. Étude comparative de l'électro-choc et de l'épilepsie corticale, 617.
 GODET-GUILLAIN (Mlle J.). v. *Bertrand (Ivan)*.
 GODLEWSKI (M.). v. *Bert (J.-M.)*.

- , v. *Michel-Béchet*.
 GODSTEIN (H.). v. *Weinberg (J.)*.
 GOTTLIEB (B.). Critères pronostiques dans l'hébéphrénie, 623.
 GOUGEROT. Maladie de Unna-Kaposi, 471.
 GOURIOU (P.). *Discussion*, 59, 438, 547, 551, 557.
 GOUTNER. v. *Péron (N.)*.
 GRANIER (Mlle). v. *Michaux*.
 GRASSET (J.). v. *Lacomme*.
 GRENNHILL (M.) et YORSKIS (M.). Critériums pronostiques dans la démence paralytique, 624.
 GRIFFON (H.). Emploi du laudanum en injection hypodermique par les toxéomanes, 196.
 —, v. *Paul (Ch.)*.
 GROS (Cl.). Les tumeurs cérébrales, 200.
 GUILLAIN (G.) et MOLLARET (P.). Les troubles d'origine médullaire dans l'intoxication par le triorthocrésylphosphate, 469.
 —, MOLLARET (P.) et BASTIN. Etat à sa majorité d'un sujet atteint de myotonie congénitale, 619.
 GUILLAUMAT (L.). v. *Kalt*.
 GUILLAUME (J.) et JOINVILLE. Les hématomas spontanés intra-cérébraux, 615.
 —, v. *Tournay*.
 GUIOT. v. *Klein (R.)*.
 —, v. *Thiébaud*.
 GUIRAUD (P.). *Discussion*, 31, 36, 46, 141, 154, 170, 502, 516, 594, 614.
 — et SAUGUET (H.). Broncho-pneumonies hémorragiques, complications fréquentes du délire aigu, 40.
 —, SAUGUET et LEULIER (Mme). Les aortites tardives chez les paralytiques malarisés, 154.
 GUY. v. *Riser*.

H

- HADENGUE. v. *Touraine*.
 HAUDUROY (Paul). Quelques grands caractères biologiques des ultravirus, 326.
 HAZEMANN (R.-H.). *Discussion*, 183, 438, 450, 604.
 —, v. *Beaudouin (H.)*.
 —, v. *Heuyer*.
 HÉCAEN (H.). L'apraxie constructive, 445.
 —, v. *David*.
 —, v. *Lhermitte*.
 HEIM de BALSAC (R.). v. *Delay (J.)*.
 HELLUY. v. *de Lavergne*.
 HENNESSY (M.). Délinquance homosexuelle infantile, 342.
 HENNION (P.). v. *Degos*.
 HERMAN (M.) et ROSENBLUM (M.). Paralyse générale aiguë, 624.

- HEUYER (G.). Convulsions de l'enfant et encéphalographie, 70.
 — et FELD (M.). Paraplégie par cyphoscoliose au cours d'une maladie de Recklinghausen, 616.
 —, LHERMITTE (J.) et AJURIAGUERRA (J. de). Maladie de Werdnig-Hoffmann, 190.
 —, HAZEMANN et HUREZ (A.). Quelques réalisations récentes dans le domaine de la prophylaxie mentale, 333.
 HEWITT (J.). v. *Coste (F.)*.
 HOCH (P.), KUSCH (E.) et COGGESHALL (L.). Traitement malarique de la paralysie générale par injection de petites doses de parasites, 478.
 — et RACHLIN (H.-L.). Détermination du nombre des psychoses maniaques dépressives à la lumière d'études longtemps poursuivies, 463.
 HOLZAPFEL-MEYER (Monika). Bases affectives dans les conduites animales, 322.
 HORANDE (M.-H.). v. *Gley*.
 HOCTOR (E.). v. *Ault*.
 HOUDART. v. *Thiébaud*.
 HUDELO (A.). La céphalée en ophtalmologie, 198.
 HUMBERT (F.-R.). Problèmes d'hygiène mentale des alcooliques et des psychopathes en relation avec le nouveau code pénal (Suisse), 209.
 HUREY (A.). v. *Tixier (Léon)*.
 HUREZ (A.). v. *Heuyer*.

I

- ILBERG (Georg). L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Allemagne, 91.

J

- JACQUOT (G.), MONTASSUT (M.), SAUGUET (J.) et LEULIER (R.). Interruption de la narcose au tribrométhanol par le cardiazol, 94.
 JANBON (M.), CHAPTAL (J.), CAZAL (P.) et ANDREANI (J.). Le liquide céphalo-rachidien dans la polynévrite diphthérique, fréquence de la dissociation albumino-cytologique, 329.
 JAUR (Mlle J.-M.). L'orientation professionnelle, service social, l'expérience de Marseille (1936-44), 620.
 JEANTET (Léon). De quoi et pourquoi rit-on ? Psychologie du rire, 464.
 JOINVILLE. v. *Guillaume*.

K

- KALT, GUILLAUMAT (L.) et ROULIN (M.). Deux cas d'intoxication par l'alcool méthylique, 88.

- KANT (O.). Diagnostic différentiel de la schizophrénie à la lumière des niveaux de la personnalité, 623.
 KLEIN (R.) et GUIOT. Plaies pénétrantes de la moelle, étude clinique et thérapeutique, 471.
 KREBS et TROTOT. Un cas d'association de rétinite pigmentaire, de signes d'atteinte encéphalique et d'une arachnoïdite opto-chiasmatique, 618.
 KUSCH (E.). v. *Hoch (P.)*.

L

- LACOMME (M.) et GRASSET (J.). A propos du « certificat d'examen médical avant le mariage » institué par la loi du 16 décembre 1942, 334.
 LAFITTE (A.). v. *Nicaud*.
 LAFON (R.). Présentation d'un tableau des principales contre-indications médicales en orientation professionnelle, 74.
 —. v. *Euzière*.
 LAFONTAINE. v. *Perin*.
 LAIB (Arthur). Sur la manière dont les Malgaches se représentent le cœur, 324.
 LAMARQUE (P.). v. *Rimbaud (L.)*.
 LAMOLE (Mlle P.). v. *Chatagnon*.
 LAMY (L.). Malformations congénitales, pathogénie et hérédité, 83.
 LANG (J.-B.). Les « réactions à retardement » dans l'Assoziationsexperiment de Jung, 324.
 LAPIPE (M.) et RONDEPIERRE (J.). L'électro-choc : enregistrement oscillographique de l'intensité et du voltage du courant utilisé, 460.
 —. v. *Gley*.
 LARAVOIRE (Edouard). La pédagogie des enfants difficiles, 204.
 LATRÉMOULIÈRE (J.). Accidents et incidents observés au cours de 1.200 électro-chocs, 621.
 —. v. *Ferdière*.
 LAUGHER. Résultats du traitement de la syphilis par les arsénones, 94.
 LAVERGNE (V. de) et HELLUY. Tétanos céphalique avec hydrophobie, 467.
 LÉCHELLE (Paul) et ANCELIN (A.). Etude clinique, pathogénie et médico-légale d'un cas de sclérose latérale amyotrophique traumatique, 342.
 LECHÉVALIER. v. *Michaux (L.)*.
 LECONTE (M.). *Discussion*, 457.
 — et MARTY (P.). Niveau mental et activité sociale en Colonie familiale des malades atteints de paralysie générale, 530.
 LECOQ (R.). Rachitisme expérimental obtenu par simple alcalose et sans déséquilibre phosphocalcique, 84.
 LEFEBVRE (J.). v. *Parrot (J.-L.)*.
 —. v. *Turpin*.
 LÉGER. v. *Thévenard*.
 LEPAGE (V.). v. *André-Thomas*.
 LÉPINE (P.) et LEVADITI (J.). A propos de la prévention de la poliomyélite par instillations nasales, 88.
 LÉPOUTRE (C.) et Mlle BOUDERLIQUE. Des psychoses colibacillaires, 492.
 LEREBoullet (J.). Agénésie de la première côte ou côte cervicale, 315.
 —. v. *Degos*.
 LERICHE et de SÈZE (S.). Douleur plexique cervicale par agénésie partielle de la première côte, 315.
 LERIQUE-Kœchlin (Mme A.). v. *Delay (J.)*.
 —. v. *Puech*.
 LERIQUE (J.). v. *Turpin*.
 LEROY. v. *Abély (X.)*.
 LESOBRE (R.). v. *Løper*.
 LÉTAILLEUR (M.). v. *Rondepierre*.
 LEULIER (R.). v. *Delay (J.)*.
 —. v. *Jacquot*.
 LEULIER (Mme H.). v. *Rondepierre*.
 —. v. *Guiraud*.
 —. v. *Delay (J.)*.
 LEVADITI (J.). v. *Lépine (P.)*.
 LÈVESQUE (J.), PERROT (H.) et BOURDIN. Trois cas de paralysie sciatique après injection intramusculaire de soludagénan, 339.
 LEWINSON (T.-S.). Troubles dynamiques de l'écriture au cours des psychoses schizophréniques, paranoïdes et maniaque-dépressives, 461.
 LEY (Aug.). Sur la prophylaxie de la jalousie, 85.
 LEY (J.). v. *Euzière*.
 LEYRITZ. Acidoses mentales méconues, 327.
 LHERMITTE (J.). *Discussion*, 286, 299, 304, 307, 312, 438, 502, 516, 526, 539, 557, 588, 595, 614.
 —. Psychisme et méso-diencephale, 465.
 —. Les psychoses de possession diabolique, 460.
 —. Indications opératoires dans les grands traumatismes de la moelle, 472.
 —. Sur un cas d'hémicraniose, 618.
 —. L'hypoglycémie spontanée à forme comateuse chez les carencés, 625.
 —. AJURIAGUERRA (J. de) et HÉCAEN. Les syndromes de rigidité du vieillard, syndrome de Förster, myosclérose rétractile, 197.
 —. AJURIAGUERRA (J. de) et TROTOT. Oxycéphalie avec agénésie de la commissure cauleuse et du vermis inférieur, 313.
 —. AJURIAGUERRA (J. de) et SOUQUET. La neurolymphomatose des gallinacés, épidémie dans un élevage, 469.
 —. v. *Heuyer*.

- LIVINGSTON (S.). Traitement de l'épilepsie chez les enfants par le dilantin, 336.
- LOEPER (M.), LESOBRE (R.), BRETON (P.) et BAPTISTE (R.). La guanidine est-elle responsable d'accidents nerveux dans l'intoxication azotémique ? 79.
- LONGUET. v. *Alajouanine*
- M**
- MABON (J.). v. *Chatagnon*.
- MAEDER (A.). Réflexions pratiques d'un psychothérapeute sur la « petite psychothérapie », 338.
- MAHAUL (Jacques). La prévention et le traitement par la thyroxine des crises aiguës des hyperthyroïdiens, 340.
- MAILLARD. v. *Delay (J.)*.
- MALLET-GUY. v. *Tavernier*.
- MALZBERG (R.). v. *Pollock*.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 36, 40, 46, 141, 146, 158, 286, 307, 312, 547, 587, 589, 594.
- , Nécrologie : Maurice Olivier, 346.
- et de AJURIAGUERRA (J.). Fugue coordonnée sous forme de somnambulisme. Epilepsie tardive, 138.
- , BESSIÈRE (R.) et BERNARD (P.). Etat démentiel et quadriplégie spasmodique en flexion chez un homme de 39 ans : maladie d'Alzheimer, 25.
- MARGAROT (J.), RIMBAUD (P.), RAVOIRE (J.) et RODIER (J.). Hémorragie méningée à la fin d'un traitement arsenico-bismuthique, 475.
- MARGINEANU (N.). L'organisation scientifique du travail, 73.
- MARTIMOR (E.) et MORICE (J.). Epilepsie tardive avec troubles mentaux consécutive à une lepto-méningite chronique, 48.
- MARTIN (R.), SUREAU (R.) et VITTOZ (A.). Un cas de méningite à pneumocoque sulfamido-résistant traité par la pénicilline, 339.
- , v. *Mollaret*.
- MARTY (P.). v. *Leconte*.
- MAS (P.). v. *Giraud (G.)*.
- MASSOT et DUBOIS. Syndrome de Guillaumin-Barré, évolution lentement ascendante, guérison après séjour dans le « poumon d'acier », 470.
- MEILI (Richard). Propriétés fondamentales de l'intelligence, 324.
- MERRITT (H.) et PUTNAM (T.). Nouvelles expériences sur l'emploi du diphenyl-hydantoïnate de soude dans le traitement des états convulsifs, 336.
- MESSIN (Mlle). v. *Vié*.
- MICHAUX (L.), COURCHET et Mlle GRANIER. Astérognosie révélatrice d'un tabès latent, apparition ultérieure de mouvements involontaires des mains, 188.
- , COURCHET et LECHEVALLIER. Intoxication d'atelier par le bromure de méthyle, 315.
- MICHEL-BÉCHET (H.), GODLEWSKI (M.) et BERNARD. Sur un cas de myotonie atrophique, importance des troubles endocriniens, 333.
- MILLER (Ch.). Considérations sur le syndrome paranoïde, 623.
- MINKOWSKA (Mlle F.). *Discussion*, 508, 547, 553.
- , Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle, 545.
- MODENA (Gust.). L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Italie, 91.
- MOLLARET (P.). La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrenente bénigne, 190.
- et AUBRY. Difficultés du diagnostic différentiel entre botulisme et paralysie diphtérique, identité de l'atteinte éventuelle de l'œsophage, 189.
- , MARTIN (P.) et VITTOZ. Syndrome radiculaire pur des fibres longues, facteurs gastrique et anémique, 189.
- , v. *Guillain*.
- MONTASSUT (M.). v. *Jacquot*.
- MOORE (T.). L'origine constitutionnelle des désordres mentaux, 463.
- MOREAU (Mlle J.). v. *Delay (J.)*.
- MOREL (Ferdinand). Les troubles du langage chez l'enfant (dysgénésie des appareils du langage), 70.
- MORGENTHAU (W.). La méthode de Rorschach et son Ecole, 462.
- MORICE (J.). v. *Martimor*.
- MORLAAS (J.). v. *Faure-Beaulieu*.
- MUSO (Robert). La réaction de Bordet-Wassermann et les réactions de fixation du complément sans moutons ni cobayes, 328.
- N**
- NAUDASCHER (J.). v. *Abély (X.)*.
- NESPOULOUS (J.). v. *Perrel*.
- NEVEU (P.). v. *Delay (J.)*.
- NICAUD (P.), LAFITTE (A.) et BUHOT (S.). Méningite pneumococcique à forme comateuse guérie par la sulfamidothérapie, 477.
- , LAFITTE (A.) et BUHOT (S.). Méningite pneumococcique guérie par la sulfamidothérapie, 478.
- NICHOLS et VICKER HUNT (Mc). Un cas de lobectomie frontale bilatérale partielle, 472.
- NICOD (P.). Séquelles de poliomyélite, 474.

NOBÉCOURT (P.). Poids de l'encéphale et sexualité dans l'enfance et la jeunesse, 331.

O

OANCEA URSU (G.). L'hérédité des constitutions psychopathiques à la lumière de la méthode des jumeaux, 464.

ODIER (Ch.). Valeur et fonction des phénomènes psychiques, 77.

OSGOOD (C.). Etude de la conscience chez les psychopathes, 462.

P

PALMER (H.). Traitement de la mélancolie d'involution, 339.

PARCHEMINNEY (G.). Théorie générale des névroses, 318.

PARROT (J.-C.). Sur le mécanisme périphérique de la douleur : intervention de l'histamine dans la brûlure et le prurit, 83.

— et LEBEVRE (J.). Sur le mécanisme de l'épilepsie expérimentale, 80.

PASKIND (H.) et BROWN (M.). Psychoses simulant la schizophrénie au cours d'un état émotionnel violent et se terminant par guérison, 462.

PASSOUANT (P.). v. *Rimbaud* (L.).

PAUL (Ch.), GRIFFON (H.) et DÉROBERT (L.). Six intoxications mortelles par absorption de « pastis » à base d'alcool méthylique, 88.

PAUL-BONCOUR (G.) et ROUART (Julien). Deux cas de fonctionnement d'un centre d'observation, de triage et de rééducation pour troubles du caractère, dans les services de neuro-psychiatrie infantile de Seine-et-Oise, 54.

PAYENNEVILLE. v. *Périn*.

PÉRIN, LAFONTAINE et PAYENNEVILLE. Un cas de mort après ingestion de sulfamides, 338.

PÉRON (N.) et GOUTNER. Alexie pure, 188.

PERRET et NESPOULOUS. Un appareil à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc, 94.

PERRIN (R.). Intoxication par l'alcool méthylique et atrophie optique à évolution foudroyante, 88.

PERROT (H.). v. *Lévesque*.

PIAGET (J.). Une expérience sur le développement de la notion de temps, 73.

PLICHET (A.). L'antialcoolisme constructif, 87.

POLLOCK (H.) et MALZBERG (R.). Facteurs héréditaires dans l'étiologie de la psychose maniaque dépressive et de la démence précoce, 463.

PONT (M.). v. *Dechaume*.

POROT (M.), SUTTER (J.) et BARDENAT (Ch.). La tuberculose des aliénés. Organisation du dépistage et des soins antituberculeux dans un hôpital psychiatrique, 398.

PUECH (P.). Deux cas d'abcès du cerveau traités par la chirurgie, la pénicilline et les sulfamides, 619.

—, BUVAR (J.-F.) et DESCLAUX (P.). Adénome hypophysaire latent. Troubles de la régulation thymique. Intervention, guérison, 262.

—, DESVIGNES et DESCLAUX (P.). Syndrome de Foster-Kennedy lié à un blocage de l'aqueduc de Sylvius, 190.

— et Mme LERIQUE-KÉCHLIN. L'électro-encéphalographie dans les abcès du cerveau, 619.

—, LERIQUE-KÉCHLIN (A.) et LERIQUE (J.). L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux, 319.

—, v. *Faure-Beaulieu*.

PULVER (Max). L'importance de la schizis dans la vie psychique pour la compréhension du caractère et de la personne, 323.

PUTNAM (T.). v. *Merritt* (H.).

Q

QUIVY (P.). v. *Bertrand* (Ivan).

R

RANDOIN (Mme L.). Phénomènes de dénutrition chez les aliénés pendant la période des restrictions (enquête effectuée à Sainte-Anne en juillet 1942), 195.

RAYOIRE (J.). v. *Margarot*.

RAYNEAU. *Discussion*, 141.

REES (J.-R.). Les problèmes psychologiques dans l'Armée Britannique pendant cette guerre, 344.

REH (Th.). Médecins toxicomanes et loi fédérale sur les stupéfiants, 89.

REIFENSTEIN (E.). v. *Davidoff*.

REPOND (André). Les problèmes scientifiques et pratiques communs à l'hygiène mentale, à la psychiatrie et à la prévoyance en faveur des infirmes et des anormaux, 84.

—, Problèmes actuels d'hygiène mentale et de psychiatrie infantiles en Angleterre, 202.

- , L'hygiène mentale et l'application du Code Pénal suisse, en particulier du Code des mineurs, 208.
- REY (Andre). Le problème psychologique des « quantités limitées » chez l'enfant, 325.
- RICHARD (G.). L'éducation sexuelle de nos enfants, 86.
- RICHON, v. *Flandin*.
- RILLIET, Les écoles en plein air, leur utilité au point de vue de l'hygiène mentale, 206.
- RIMBAUD (L.). Diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Médisin), 474.
- , LAMARQUE (P.) et SERRE (H.). Le mal de Pott cervical mélitococcique, 468.
- , SERRE (H.) et PASSOANT. Cinq cas d'intoxication par le redoul, 468.
- , SERRE (H.) et PASSOANT. Polyradiculonévrite de Guillain-Barré associée à un syndrome de déséquilibre alimentaire, 469.
- , SERRE (H.) et PASSOANT (P.). Hystérie et épilepsie, 65.
- , SERRE (H.) et VEDEL (A.). Quelques cas d'infections à virus neurotropes, 467.
- , v. *Margarot*.
- RISER, DARDENNE et GAYRAL. Perturbation du schéma corporel à type de « dyssomatognosie », 19.
- , DARDENNE et GAYRAL. Association paroxystique de mélancolie anxieuse et de crise oculo-céphalogyre, 279.
- , GAYRAL et GUY. Du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoïnate de soude, 335.
- , GÉRAUD et DARDENNE. Névrite optique « tabétique » et stovarsol, 476.
- RIVIÈRE, v. *Delay (J.)*.
- ROBINSON (W.). Traitement du delirium tremens par le choc insulinaire atténué, 477.
- ROCH (M.). Le métabolisme de l'iode et le corps thyroïde, 332.
- RODIER (J.). v. *Bert (J.-M.)*.
- , v. *Giraud (G.)*.
- , v. *Margarot*.
- ROGER (J.). v. *Turries*.
- ROHMER, v. *Barré*.
- RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 296.
- et COLOMB (D.). Les psychoses discordantes à forme périodique, 97.
- , LÉTAILLEUR (M.) et MME LEULIER. Un cas de pseudo-suicide épileptique, 305.
- , v. *Gley*.
- , v. *Lapipe*.
- ROSENBLUM (M.). v. *Herman (M.)*.
- ROSSIER (A.). Hémorragies méningées récidivantes avec hypoprothrombinémie, 199.
- ROTHSCHILD (D.). Paralyse générale associée à la psychose maniaque dépressive et à la schizophrénie, 462.
- ROUART (Julien). *Discussion*, 59, 61, 450.
- , v. *Paul-Boncour*.
- ROUBINOVITCH. *Discussion*, 594.
- ROUDINESCO (Mme). Enurésie et hérédité, 70.
- ROULIN (M.). v. *Kalt*.
- RUBENOVITCH (P.). v. *Euzière*.
- RUDEANU (A.). Action antagoniste de la vitamine H₁ et des sulfamides sur les tissus, 330.
- S
- SAIDMANN (Jean). La pénicilline, 335.
- SAINTON et SIMONNET. Thyroxine et cuivre, 332.
- SALADE (D.). Valeur formelle des mots pour la mémoire associative, 75.
- SAUGUET (H.). v. *David*.
- , v. *Guiraud*.
- , v. *Jacquot*.
- SARRAN (R.). v. *Boucomont*.
- SCHÄR (Hans). L'importance de la psychologie de la religion, 323.
- SCHERRER (P.). v. *Bessière*.
- SELLING. Recherche des troubles psychopathiques chez 500 conducteurs inculpés d'accidents, 341.
- SÉNÉCAL, v. *Sézary*.
- SERRE (H.). v. *Rimbaud (L.)*.
- SÉZARY (A.) et BARBÉ (A.). La névrite optique du stovarsol sodique, 476.
- , BOLGERT et SÉNÉCAL. Maladie de Kaposi et troubles nerveux, 470.
- SÈZE (S. de). v. *Leriche*.
- SGAZZINI (Carlo). La conduite, point de vue fondamental de la connaissance, 73.
- SICARD (A.). v. *Coste (F.)*.
- SIEBEN (Walter). Les bases de la communauté, 322.
- SIGWALD (Jean). Association de la phényl-isopropylamine aux barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, 336.
- SIMONNET, v. *Sainton*.
- SIVADON (P.). Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838, 463.
- et BEAUDOUIN (J.-L.). Troubles de la fonction hypnique symptomatiques de psychose maniaque-dépressive, 28.
- SMALLDON (J.). Etude des maladies mentales au cours de la puerpéralité, 624.
- SOLOMON (A.). v. *Darrow (Ch.)*.
- SORREL (Et.) et SORREL-DÉJERINE (Mme). Aphasie traumatique chez un enfant, 615.

SOULAIRAC (André). *Discussion*, 544.

—, v. *Delay* (J.).

SOUQUET. v. *Lhermitte*.

STEFANOPOULO (G.-J.). Œdème et phénomènes paralytiques par déséquilibre alimentaire chez le singe « *Macacus rhesus* », 329.

STERN (Erie). Contribution à l'étude des troubles du caractère chez l'enfant et l'adolescent, 193.

STOKVIS (Berthold). Examens graphologiques en tant que méthode de contrôle de la théorie de l'hypnose, 461.

STONE (Th.) et ARIEFF (A.). Cas psychiatrique dans une clinique pour épileptiques, 625.

SUKOV (M.). Incarcérations de longue durée, 342.

SUREAU (R.). v. *Martin* (R.).

SUTTEL (R.). v. *Abély* (X.).

SUTTER (J.). v. *Porot* (M.).

T

TANRET (Pierre). Sur l'épilepsie expérimentale type Brown-Séquard, 330.

TAVERNIER et MALLET-GUY. Fracture vertébrale au cours d'une crise convulsive provoquée, 93.

THÉVENARD (A.) et LÉGER. Encrivation sinu-carotidienne unilatérale chez un myopathique, amélioration, 190.

THIÉBAUT (S.), GUIOT et HOUDART. Rôle des troubles de la sensibilité dans l'absence de contracture au cours de paraplégies flasques-spasmodiques curables, 617.

—, LEMOYNE et WOLINETZ (E.). Surdité verbale avec hypoacousie bilatérale, 190.

THUREL (R.). Sympathisme embryonnaire paravertébral avec propagation intra-raehidienne et compression médullaire, 189.

—, v. *Alajouanine*.

TIXIER (Léon) et HUREY (A.). Les comas acidotiques d'origine médicamenteuse, 338.

TOTH (László). Deux poèmes d'inspiration narcissique, 78.

TOUCHARD (T.). v. *Gley*.

TOURAINE, CHÉRAMY et HADENGUE. Mort au cours d'un traitement arsenical, 475.

TOURNAY (A.) et GUILLAUME (J.). Episodes prolongés et réitérés de cécité télencéphalique : kystes séreux rétro et infra-cérébelleux, 617.

TROTOT. Hémiplégie et aphasie par thrombose de la carotide interne, 615.

—, v. *Krebs*.

—, v. *Lhermitte*.

TURPIN (R.) et LEFEBVRE (J.). L'indice galvanotonique, mesure de l'hyperexcitabilité nerveuse au cours de la tétanie, 81.

—, LEFEBVRE (J.) et LERIQUE (J.). Modification de l'électromyogramme élémentaire et troubles de la transmission neuro-musculaire dans la tétanie, 82.

TURRIES, BOUDOURESQUES (J.) et ROGER (J.). Pseudo-tétanos pithiatique, 69.

V

VEDEL (A.). v. *Rimbaud* (L.).

VIAUD (G.). Psychologie animale et psychologie humaine, 321.

VICKER HUNT (Mc). v. *Nichols*.

VIDAL (J.), FOURCADE et Mlle GIRARD. Encéphalite tuberculeuse terminale de type inflammatoire au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë, 466.

VIÉ (J.). *Discussion*, 141, 146.

—, Etude psychopathologique des méconnaissances systématiques, 4.

— et MESSIN (Mlle). Episodes psychopathiques chez des tuberculeuses amoureuses de leur médecin, 459.

—, v. *Chanès* (Ch.).

—, v. *Cullerre* (Mlle).

VILLEY (Cl.). v. *Alajouanine*.

VINCENT (H.). Les infections colibacillaires, leur fréquence, leurs particularités cliniques, 72.

VITTOZ (A.). v. *Martin* (R.).

—, v. *Mollaret*.

W

WARTER. v. *Barré*.

WEINBERG (J.). Traitement suspensif de la fureur épileptique et de l'excitation épileptique, 337.

— et GOLDSTEIN (H.). Etude comparative des traitements par le « dilantin sodium » et le phénobarbital, 336.

WERNER (A.). v. *Aull*.

WINTSCH (Jean). Enfants inadaptés insociables, 194.

WOLFF (Mlle E.). v. *Danussy*.

WOLFROM. v. *Alajouanine*.

WOLINETZ (E.). v. *Thiébaud*.

Y

YORSKIS (M.). v. *Grannhill*.

Z

ZABOROWSKI (M.). v. *Bessière*.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



ETUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES MÉCONNAISSANCES SYSTÉMATIQUES

PAR

JACQUES VIÉ

Les méconnaissances systématiques (1), comme le notait déjà Lévy-Valensi en 1929, ont suscité des théories psychopathologiques variées : les cas étudiés appartenaient à des stades évolutifs bien différents et s'accompagnaient par suite d'attitudes mentales très diverses ; les auteurs les ont envisagés les uns sur le plan sémiologique et clinique, d'autres sur le plan psychologique, et ainsi leurs explications, loin de s'opposer, se hiérarchisent ; enfin, dans les cas complexes, des particularités ont détourné l'attention des ressorts profonds, communs à l'ensemble des méconnaissances, pour les faire rapprocher de phénomènes limitrophes mieux connus. C'est par rapport à ces derniers qu'il nous faudra d'abord, en quelques mots, situer les méconnaissances.

(1) J. Vié. — Les méconnaissances systématiques. Etude sémiologique (*Annales médico-psychologiques*, mars 1944, page 229). Le substratum morbide et les stades évolutifs des méconnaissances systématiques (*Annales médico-psychologiques*, mai 1944, page 440).



Etat de la mémoire et fausses reconnaissances

Une question préjudicielle se pose : les méconnaissances systématiques sont-elles l'indice d'un trouble de la mémoire ?

Elles n'impliquent aucune amnésie vraie. M. Capgras l'a démontré dès sa première communication. La localisation élective du trouble est bien différente des amnésies partielles observées, à la suite de lésions cérébrales, par Rieger, par Forbes Wilson. Il y a, dit M. Capgras, « non pas une perte, mais une négation du souvenir, non pas une absence, mais un refus d'évocation ». La conduite paradoxale des malades ne traduit pas du tout l'existence d'une amnésie : De R. (obs. IX de notre étude descriptive) nie toute sa vie antérieure à l'internement, mais lorsqu'on évoque la tentative de meurtre qu'il a commise, il reconnaît que ce sont des racontars du temps passé. Clémence N.G. (obs. XIII) nie la mort de son mari, mais ne s'étonne pas qu'il vive loin d'elle, et ne s'élançant pas sur ses traces lorsqu'elle a cru l'apercevoir... La « Fauvette du Moulin », observée par Claude, nie avoir été sage-femme, mais évoque pourtant avec exactitude les anciens internes de l'hôpital. Et lorsqu'au bout de 15 ou 20 ans le processus s'atténue, les malades, en dépit de l'affaiblissement artério-scléreux qui s'installe, viennent d'eux-mêmes faire part de leur véritable état civil...

« L'amnésie systématique » n'a rien non plus de l'amnésie simulée, la sincérité de nos malades est évidente, ainsi que le lien de la méconnaissance avec le tableau général de la psychose. Elle se différencie très nettement de l'amnésie hystérique : il ne s'agit pas de substitution d'une personnalité à une autre, d'éclipse totale d'une manifestation par une autre ; la suggestion n'en peut fournir ni modifier le contenu, comme dans les « hallucinations négatives » de Bernheim. Même lorsque le malade s'affirme transformé, il lutte, dans le cadre du délire, pour le maintien de son individualité.

L'illusion des sosies pose le problème des *fausses reconnaissances*. Ici encore M. Capgras, avec Reboul-Lachaud, a écarté l'hypothèse d'un trouble mnésique. Partout sa malade, Mme de Rio Branco, saisit des ressemblances et méconnaît l'identité. Aucune hésitation pourtant n'est possible. En présence des personnes qu'ils connaissent de façon parfaite, ces sujets ont une « première impression » qui ne laisse aucune place au doute : il n'existe

aucun trouble élémentaire de la reconnaissance. Contrairement au psychasthénique douteur qui, dès l'abord, a la hantise de l'erreur à commettre, contrairement aux confus ou aux déments qui ne fixent qu'imparfaitement les données d'une perception elle-même incertaine, nos délirants reconnaissent bien, mais se refusent à identifier les gens auxquels les rattachent certains liens affectifs. MM. Courbon et Tusques ont précisé les diverses opérations mentales qui, dans les cas difficiles, précèdent l'identification. Nos malades se livrent à une construction intellectuelle dont Capgras, Lucchini et Schiff ont souligné l'importance, ils accumulent avec une minutie extrême les détails insignifiants pour justifier à leurs propres yeux l'impossibilité dans laquelle ils sont, en vertu de la conviction délirante primitive, d'identifier leurs proches. C'est en ce sens que Capgras et Carrette ont défini l'illusion des sosies : une *agnosie d'identification*.

Il existe enfin des *cas complexes*, qui associent à la méconnaissance systématique des troubles authentiques de la mémoire, telles les dysmnésies de la confusion, de la stupeur, des affaiblissements organiques, préséniles et séniles. Les séquelles de traumatismes crâniens nous ont montré l'importance de la lacune mnésique initiale, génératrice de méconnaissances précoces, et destinées, pendant toute la durée de l'évolution clinique, à former l'appui du délire résiduel. Daumézon et Mlle Rousset ont employé à son endroit le terme imagé de *scotomisation* qui désigne bien le point noir marqué pour toujours dans le champ de la conscience. Aug. Wimmer a décrit au cours d'états de stupeur mélancolique des délires de négation plus ou moins systématiques. Il faut aussi tenir compte des états d'obnubilation qui surviennent au cours des poussées hallucinatoires aiguës si fréquentes au début des psychoses paranoïdes. D'où le cachet atypique de méconnaissances qui se rapprochent des « fausses reconnaissances » et du tableau du « déjà-vu », jadis étudié par Michel Léon-Kindberg. Werner Seheid a fait de ce dernier phénomène la caractéristique d'une catégorie spéciale de méconnaissances. Chez notre vieille malade Cl., « déjà-vu, » et méconnaissances s'étaient juxtaposés dans la période initiale de la psychose, lorsque l'activité hallucinatoire s'auréolait d'une buée confusionnelle, et le transfert dans un nouvel établissement apparaissait à la malade comme une excursion déjà faite autrefois avec une société dont elle avait fait partie.

Opposition, passivité, incertitude

Les phénomènes de négation constituent toute une gamme d'états psychopathologiques qui, de la méconnaissance systématique vraie, se prolongent sous le triple signe de l'opposition franche, de la passivité conservatrice, de l'incertitude abstentionniste, jusqu'aux « fausses méconnaissances » signalées par Mlle Derrombs.

Tout d'abord *l'opposition*. Le type le plus « organique » en est le négativisme des déments précoces, profondément inséré dès la phase initiale, dans la physiologie catatonique, et qui, sur le plan de la pensée, se traduit par le rejet brutal de tout ce qui contrarie l'aspiration à l'idéal réel ou virtuel : tel était ce « négativisme simulateur d'amnésie générale », plus encore qu'une dysmnésie confusionnelle et traumatique, chez la malade de M. Capgras qui rejetait la totalité de ses souvenirs antérieurs : « Je ne suis personne, je ne suis plus moi ; quand j'étais vivante, disait-elle encore, on m'appelait R. » : elle évolua rapidement vers la démence stéréotypée.

Séglas a signalé chez les délirants hypocondriaques l'habitude délirante de nier. Les délirants hallucinés rejettent toute suggestion contraire à la certitude hallucinatoire qui seule s'impose à eux. Les interprétants repoussent tout ce qui leur paraît hostile ou inspiré par leurs ennemis. Les passionnels, spécialement les femmes âgées, présentent, ainsi que l'a dit M. Capgras, « un syndrome analogue à celui du délire de dépossession décrit par Régis, où l'hypertrophie de l'instinct de propriété engendre la méconnaissance systématique des jugements, des ventes ou des expropriations et l'opposition violente à leur exécution ». Chez certaines de nos délirantes hallucinées, tuberculeuses, l'attitude négative (vis-à-vis de la guerre, de l'absence ou de la mort des proches, etc.) s'associe au syndrome *aparnétique*, avec refus de traitement, décrit par Gilles chez les névropathes bacillaires. Cette attitude perpétuelle de défense se traduit encore chez des psychasthéniques graves, en voie d'évolution paranoïde, par l'obsession de négation qu'ont isolée Raymond Mallet et Berlioz.

Toute une série de méconnaissances, surtout de la mort et de l'absence, sont liées à la *passivité* du malade, à son incapacité d'acquiescer des conduites adéquates en face de situations nouvelles. Pierre Janet a montré combien il est difficile de se libérer des conduites acquises envers un être vivant, et qu'il faut bien aban-

donner lorsque la personne vient à mourir. Chez les débiles, chez les affaiblis — au premier rang d'entre eux les déments précoces — qui vivent avec un parent, leur unique soutien, la disparition de celui-ci ne peut être ni réalisée, ni admise. A vrai dire, il s'agit d'apragmatismes, plus que de méconnaissances, de même que chez les déments séniles jadis décrits par Pierre Parisot : tel l'ancien suisse qui, oublieux de sa situation actuelle, décore un pètrin comme un autel, et le balai à la main, croit tenir la hallebarde et conduire une mariée : reviviscence de conduites anciennes, suggérées par des situations dont l'analogie bien précaire ne peut être entrevue qu'à la faveur d'un affaiblissement notable !

Et ainsi se révèle le défaut d'une fonction mentale, bien différente du « sens du réel », et qu'on pourrait appeler l'*adhésivité mentale* : la pensée cesse de se maintenir au contact de son objet, de le serrer de près, de lui être adéquate et coextensive. La diminution de l'adhésivité mentale, caractéristique des séqueles confusionnelles et paranoïdes, se trouve à l'origine d'une foule de fausses méconnaissances et de fausses reconnaissances ébauchées, fugaces, d'« à peu-près » épisodiques, de conduites étranges, de réponses de circonstance purement arbitraires. Parmi de vieilles démentes précoces observées avec Mlle Pascal, l'une « est ici depuis une heure, le reste de sa vie n'a jamais été vécu, elle est mariée depuis la veille » ; une autre a perdu son identité, ignore son âge, va dans le temps à rebours, ne marche dans la cour qu'à reculons : « On la force à décader. » Un de nos vieux paranoïdes s'égare et échoue dans une gendarmerie : « Je viens de naître, déclare-t-il, je suis venu à la place d'un autre, je n'ai pas encore de vrai nom. »

Pour des sujets moins atteints, les conditions très particulières de la vie des asiles réalisent cette atmosphère d'incertitude qui place sur des plans très voisins le « réel » et le « virtuel ». Les événements du dehors, les nouvelles des familles sont dépouillés de tout le cortège de détails concrets qui, dans la vie normale, leur confèrent un sceau d'objectivité ; cet écran d'irréel, l'absence de toute possibilité matérielle de contrôle, les prive de toute force démonstrative : le visiteur habituel cesse de venir : est-il mort, est-il malade, est-il empêché par des circonstances, par des étrangers qui agissent sur lui, ou bien se désintéresse-t-il seulement du malade ? Autant de questions auxquelles ne répondent que des vraisemblances hypothétiques... Sur ce terrain d'incertitude naissent bien des thèmes délirants de divorce, de négation de décès, d'enlèvement des visiteurs, etc..., qui, par une sorte d'éla-

boration collective, ou tout au moins « unanime », conduisent aux grands thèmes métaboliques du *folklore des asiles*.

Tous ces facteurs peuvent, en un sens, favoriser la formation des méconnaissances systématiques ou s'associer à elles, mais toujours ils en altèrent la netteté.

Cénesthésie et phrénesthésie.

Méconnaissance et négation mélancolique.

Méconnaissances systématiques et délires de négation mélancoliques sont demeurés fondus par l'école italienne dans ses « délires systématisés de négation ». De fait, si les types extrêmes s'opposent nettement, le départ des deux séries se révèle dans nombre de cas assez difficile, notamment au cours des psychoses de la présénilité, qui combinent l'automatisme mental et l'angoisse, et offrent toute une gamme de syndromes de Cotard partiels, atypiques, à thèmes mégalo-mélancoliques, des délires d'énormité négatrice sur fond maniaque, des formes mixtes de méconnaissance et de négation. Nous ne saurions ébaucher ici cette étude qui comporterait de longs développements.

Par contre, nous nous sommes demandé si l'on pourrait dégager des critères qui permettent une délimitation des deux séries.

Un cas particulier a réalisé sous nos yeux cette dissociation d'une façon pour ainsi dire expérimentale.

OBSERVATION. — Lucienne S., femme P. est une déséquilibrée périodique qui, à 17 ans, présente un accès confusionnel du type bouffée délirante, et un peu plus tard un accès dépressif transitoire. Mariée à 21 ans, elle se montre jalouse, emportée, instable, et se sépare de son mari.

A 27 ans, elle est internée le 10 mars 1938 pour un accès dépressif, avec caractères atypiques discordants et surtout psychasthéniques : obsession suicide et homicide (vis-à-vis de sa mère), scrupules, timidité morbide ; de plus réactions violentes et théâtrales.

Après un mois de sédation, s'installe en mai 1938 une phase de *mélancolie anxieuse*, idées très actives de suicide, troubles cénesthésiques intenses, idées de transformation. Lucienne n'est plus une femme, elle est en caoutchouc, ne sent plus rien de son corps, n'a plus d'organes, elle est la bête humaine, elle sera ainsi éternellement. Elle réalise donc presque intégralement le syndrome de Cotard.

Devant la persistance de cet état, on institue le traitement par le cardiazol en février 1939. *L'anxiété, très vite, disparaît*, mais le syn-

drome de Cotard fait place à un délire de transformation et de négation marqué par des *méconnaissances systématiques*, qui va durer jusqu'en juillet. « Je ne suis pas la S. de 1929 ; je sais cela parce que Mme S. m'en a parlé : mais cette dame S. n'est pas ma mère, cette dame vit toute seule. Je ne connais pas ce M. P. (son mari). Cette demoiselle S. est, m'a-t-on dit, une fort jolie fille, je voudrais bien être elle. Je ne suis qu'un déchet, qu'on me mette dans les poubelles, et j'irai m'incinérer. Je suis une inutile, l'être le plus inutile. Je ne suis que l'ersatz de Mlle S., son double, etc. » Lucienne ne veut plus recevoir sa mère, lui dit : vous. « Cette dame doit se tromper, qu'on l'aide à retrouver sa fille. »

Les éléments mélancoliques s'estompent peu à peu : en avril, il n'est plus question de suicide ni de « bête humaine ». Lucienne s'occupe sans cesse aux plus durs travaux du quartier, elle se plaint de se sentir dirigée par une force automatique, de ne pas être maîtresse de sa pensée, elle est comme un automate. Elle maintient la méconnaissance de sa mère, mais avec une sincérité peu à peu décroissante. En juillet, elle accepte d'aller en permission : « Puisque tout le monde me dit d'aller chez cette dame, je pourrai toujours lui rendre service. » Pendant cette permission, Lucienne considère encore sa mère comme étrangère, mais au moment du retour, elle consent à la reconnaître. « C'était tout un imbroglio, avoue-t-elle, je crois avoir éprouvé un très grand chagrin. »

Ainsi, chez Lucienne, le syndrome de Cotard se montre bien parallèle au processus mélancolique d'anxiété. Lorsque le traitement de choc a dissipé l'angoisse, la formule du délire se modifie et s'oriente de la négation mélancolique vers la méconnaissance systématique. Dans la première phase dominent les troubles cénesthésiques, l'altération profonde allant jusqu'à la perte de la conscience du corps ; dans la seconde, la malade accuse surtout le sentiment d'automatisme et le trouble de la conscience de la pensée. Enfin les deux périodes s'opposent encore sous un autre aspect : mélancolique, Lucienne nie l'existence même de ses organes, de son corps ; méconnaissante, elle rejette non pas l'existence de sa mère, de son mari ou d'elle-même, mais le rapport qui relie sa mère et son mari avec elle.

Il nous faut préciser quelque peu cette triple distinction. Les critiques qu'ont adressées Charles Blondel, Pierre Janet, Lhermitte à la notion de cénesthésie nous avaient paru viser une conception trop large « du sentiment intérieur ». D'une part, on ne saurait confondre les impressions élémentaires, véritables « données immédiates » de la conscience, avec les notions complexes, tel le schéma corporel ou l'idée du moi, qui sont le fruit d'une

élaboration intellectuelle, d'une véritable synthèse. Ensuite, il y a lieu, pour les impressions relatives à nos viscères et à leur fonctionnement, de distinguer l'apport périphérique, origine des cénesthopathies chez les psychonévrosés, des troubles cénesthésiques chez les tabétiques, etc., et l'évocation hallucinatoire, processus cérébral qui fournit la base des délires hypocondriaques. Mais surtout, nous avons été amené, en considérant les idées délirantes d'anthropopathie interne, à opposer à la cénesthésie, domaine des impressions viscérales, la *phrénesthésie* ou perception du cours de la pensée et de ses troubles. Or, ce sont ces troubles de la pensée, sous la forme de l'automatisme mental, que nous avons rencontrés à l'origine des méconnaissances systématiques.

Le délire mélancolique, basé sur l'altération de la cénesthésie, replie le sujet vers l'intérieur de son corps, vers les modifications de ses organes, il reste essentiellement un *délire de substance*, de transformation ou de négation, de mal-être ou de non-être ; et ce type de délire ne porte pas par lui-même le malade à réagir. Maiselon avait bien vu que la perte de la vision mentale ne comportait aucune attitude active, et ne pouvait expliquer, chez les malades complexes, et notamment les préséniles, le caractère absolu de certaines négations, non plus que leur extension à des faits qui appartiennent au monde extérieur. L'atteinte de la phrénesthésie rend compte de ces phénomènes, qui relèvent de la méconnaissance. L'intrusion dans la pensée d'un automatisme qui lui est étranger se heurte au sentiment indéracinable de son unité et de sa continuité ; le malade se retourne vers le dehors : il est contraint d'y rechercher ou d'y reporter tout ce qui est incompatible avec sa vie psychique. Il ne s'agit plus pour lui de nier des existences, mais de rejeter des *conditions* de vie, des *rapports* affectifs, jusque-là établis entre le Monde et le Moi.

En définitive, et répétons-le encore, sans nier les cas mixtes, dans lesquels se juxtaposent — avec les deux processus — les deux séries, nous pensons ainsi schématiser les caractéristiques de la négation mélancolique d'une part, de la méconnaissance systématique d'autre part, dans la triple opposition : cénesthésie-phrénesthésie, orientation viscérale-xénopathie, délire de substance-délire de rapports.

La méconnaissance systématique, réaction de défense de la personnalité.

Si l'on écarte les périodes de « survivance », dans lesquelles seul le thème délirant subsiste dépouillé de sa valcur première, la méconnaissance systématique apparaît essentiellement comme une *attitude psychologique active* en face d'un processus pathogène lui-même en pleine activité. Elle représente donc une *réaction de défense de la personnalité* et traduit la vitalité affective de l'individu.

Aussi, devant la vaste fresque des « sentiments dans le délire de persécution », qu'a si magistralement brossée M. Pierre Janet, ne sommes-nous pas tenté, d'après nos observations, de rapporter les méconnaissances ni même la totalité des cas d'illusion des sosies au sentiment du vide. Le sentiment du vide, indique lui-même P. Janet, « manifeste un affaiblissement, et un affaiblissement général caractérise des états d'inaction morose qui peuvent être plus ou moins longs, mais qui peuvent être aussi passagers ou périodiques ». Même sous cette dernière forme qui l'apparente à la psycholepsie, et qui se rencontre dans les délires d'influence, le sentiment du vide psychologique ne nous a pas été signalé, dans nos cas, lors des phases d'intense activité hallucinatoire contemporaine du début des méconnaissances. Par contre, l'impression du vide se manifeste lorsque l'émotion violente d'un départ ou d'un retour, d'un changement inopiné vient interrompre d'une façon brutale le cours du psychisme habituel, y créer une sorte de rupture ; la tonalité de l'ambiance se trouve de fond en comble modifiée, un fossé s'établit entre les deux phases, la perception nouvelle des objets et des personnes ne peut plus se superposer à celle d'autrefois. Par ailleurs, le ralentissement du cours de la pensée, la négation de ce cours lui-même, jouent un rôle privilégié dans la méconnaissance de l'écoulement du temps : Jean de R. (obs. IX) rejette toute la période de sa vie antérieure à la psychose et cesse depuis lors de s'orienter dans le temps, mais il s'agit d'un dément précoce avancé. Marguerite F. (obs. VIII) a ralenti de moitié le rythme du temps à l'asile et ne veut connaître que « l'année courante ». Néanmoins, elle ne perd pas de vue le « calendrier complaisant » qui se trouve sous ses yeux. L'intéressante malade de Targowla, Lamache et Daussey déclare : « Les années qu'on ne vit pas, on ne doit pas les compter » ; mais chez elle, le refus de reconnaître la date se relie au refus d'admettre sa vie actuelle de malade : « Nous ne sommes

pas, dit-elle, dans les conditions de porter notre nom, dans toutes nos conditions de famille », nécessaires à situer la continuation d'une existence normale.

Attitude affective au premier chef, elle fait bien comprendre que, selon l'expression de M. Capgras, la méconnaissance résulte d'un *sylllogisme affectif*. Si les Sénégalais étudiés par Aubin se refusent avec la dernière énergie à répéter, alors même qu'ils délire encore, les propos des petits diables qui les tourmentent, s'ils renient les troubles qu'ils ont présentés la veille, c'est que la seule évocation des paroles maudites et des symptômes de la folie risque de provoquer un retour des forces mauvaises, et la méconnaissance est une mesure active de défense vitale pour conjurer un danger d'ordre magique ; Halberstadt, à propos de l'illusion des sosies, a rappelé l'intérêt de ces analogies avec la mentalité primitive. Si la malade de M. Capgras, Mme de Rio Branco, se montre incapable de reconnaître pour ses proches les visiteurs qui viennent à l'asile, si elle s'obstine par des investigations incessantes à comparer les modifications survenues chez elle et chez les autres, c'est qu'elle se trouve aux prises avec un angoissant dilemme : ou bien elle s'est modifiée au point de ne plus être elle-même, ou bien ce sont les autres qui ne sont plus eux, or, la première alternative est à ses yeux radicalement impossible, et contre toute évidence, en dépit des difficultés innombrables qu'elle soulève, la seconde hypothèse seule peut être la bonne : si la malade, en proie à l'illusion des sosies, se refuse à reconnaître pour telles les autres personnes, *c'est que cette méconnaissance constitue la condition nécessaire à ce qu'elle se reconnaisse elle-même*. Lorsque Jean de R. nie toute sa vie antérieure à la psychose, c'est que cette vie a abouti à un crime, qui ne peut s'incorporer à son Moi. Mme Gall., de Trieste (obs. IV), ne peut admettre la nationalité française qui, avec la maladie, l'a rendue insolvable : pour cette femme, l'impécuniosité est devenue le symbole de son existence brisée par la psychose : Mme Gall. ne peut être insolvable : ce serait ne pas être. Elle ne peut donc pas être Française.

Les psychanalystes n'ont pas manqué d'appliquer à la méconnaissance systématique la théorie générale du *refoulement*. Levi-Bianchini l'a tenté dès 1920. Capgras et Carrette en 1924 (10), chez leur démente précoce extériorisant à l'occasion d'un accès d'excitation complexe d'Œdipe (ou plus exactement d'Electre) avec illusion de sosie du père pris pour un étranger, voient dans cette fiction destinée à cacher l'inceste « l'œuvre d'une censure

encore attentive malgré ses défaillances ». Le sosie reprenait ainsi, comme dans la fable antique, son rôle de mythe sexuel.

A la conférence des psychanalystes français en 1935, Schiff a soutenu une conception de la paranoïa qui voit dans le sentiment d'action extérieure en face de l'automatisme mental un véritable syndrome de reniement, une dénégation du sujet en présence de processus instinctifs qui le révoltent. Certes, nous ne saurions suivre les psychanalystes dans une explication homosexuelle, ni même uniquement sexuelle de la paranoïa. Mais il faut bien souligner l'intérêt de la conception d'Hesnard qui, dans le syndrome d'automatisme mental, relie le reniement à « l'altruisation » de ses éléments par rejet de la responsabilité morbide sur autrui. De tous ces mécanismes de « répudiation » (H. Codet), la méconnaissance systématique constitue certainement le plus énergique, et cela grâce à la forte charge affective qui lui permet de braver l'évidence.

Quoi qu'il en soit, le but de la méconnaissance paraît toujours être de sauvegarder *l'intégrité de la personnalité psychique*, sa persistance et sa continuité. Nous sommes mal placés par le vocabulaire habituel, qui emploie avec trop de facilité les termes de dédoublement, de morcellement, de dissociation de la personnalité, pour estimer à leur juste valeur les efforts désespérés que fait le Moi pour défendre son unité, pour apprécier l'adhérence tenace de l'individu à cette notion de l'unité psychique. Nos malades, se débattant contre l'envahissement du processus morbide, l'expriment en termes parfois tragiques dans leur symbolisme sybillin. Mme de Rio Branco, rappelant son signalement détaillé pour éviter toute erreur, précise : « Cette personne qui est moi et dont je donne le réel signalement est hors de doute pour sa droiture, il n'y a pas d'erreur possible, je suis la seule avec ces marques. » Mlle H., un de nos sosies de 1930, affirme avec une grande force : « Il n'y a que moi qui sois toujours identique ; je suis du dessus véritablement ; je ne dis pas un millième de mot qui ne soit la loi française même ; je suis la catholique romaine dans toute l'acception du mot. » Jeanne G. (obs. XV), en proie aux hallucinations, clame : « Moi qui n'ai jamais changé depuis la première lettre jusqu'à la dernière », et elle ajoute : « Oui, j'ai de la suite dans les idées. »

Chez les malades plus atteintes se manifeste encore, dans un désarroi plus profond de la raison, le besoin de rétablir la continuité, même alors que la rupture avec le passé a été inévitable. La fameuse malade de Leuret, obligée d'abandonner jusqu'à son

nom, jusqu'à sa vie ancienne, ne veut plus s'appeler que « la personne de moi-même », suprême affirmation de son unité détaillante. La malade de Targowla, Lamache et Daussy, qui à 66 ans « normalise » et abandonne peu à peu son délire, analyse bien les rapports qu'elle conçoit entre sa personnalité ancienne et celle que lui a imposée la psychose : « Je ne sais pas qui je suis par rapport à ma personne..., je n'ai pas connaissance de la personne que je suis..., il m'arrive, dit-elle encore, de me retrouver presque moi, la nuit surtout, et puis le matin, voilà... » Elle reconnaît que son nom véritable est Mlle G. : « Ici, j'étais Solange pour qu'on ne se serve pas de mon nom..., avant, je n'avais aucun nom. » Jamais la malade, sans nom, ou sous le pseudonyme de Solange, n'a cessé de dire : je, et ses diverses attitudes délirantes ont été des stades de la défense de son Moi.

Toujours la vie ancienne, alors même qu'elle semble rejetée, demeure pour ces sujets la vie véritable, c'est elle qui reparait lorsqu'au bout de nombreuses années le processus morbide faiblit. Disons-nous, avec M. R. de Saussure, que le malade se laisse aller à sa rêverie, que le monde des rêveries cesse d'être l'objet de sa « répression » ? Telle n'est pas l'interprétation que nous proposons ici. Certes, travaillant avec une pensée délirante, le sujet, comme l'a bien vu Charles Blondel, ne peut produire que des réactions qui portent le cachet du délire. Mais tant qu'il y a conscience de la nature *hétéronome*, irréductible au Moi, et pour tout dire, étrangère, du trouble, il repousse tout ce qui se révèle incompatible avec la survie de son unité. La méconnaissance dans tous ces cas représente donc bien un processus de protection, de défense, de rééquilibration, et comme le disent D'Hollander et de Greef à propos du délire de la folie d'autrui, « l'expression d'un effort du malade pour s'adapter à la réalité qui lui échappe à son insu ».

Pour atteindre ce but, nous avons vu les malades retrancher de leur conscience des catégories d'éléments qui, suivant leur nature, exigent un sacrifice plus ou moins considérable, et répondent par suite à des agressions morbides d'intensité différente. Le rejet d'infirmités physiques, telle l'anosognosie d'Anton-Babinski, par exemple, dans laquelle Paul Schilder a vu un phénomène de « répression focale organique », représente tout au moins l'impossibilité d'admettre la réalité d'un appauvrissement de la personnalité physique (Lhermitte). Elle se rapproche sur le plan psychologique de l'attitude d'une malade de Pierre Janet, qui avait horreur de son bras gauche, sur lequel son père était retombé mort : avec des phases d'hémiplégie hystérique, alter-

naient d'autres phases pendant lesquelles la malade niait l'existence de son bras, déclarait avoir un bras de reptile qu'elle voulait arracher.

Le rejet d'infirmités psychiques, méconnaissance du trouble mental, puis à l'issue de délires déjà évolués, méconnaissance des éléments du délire lui-même, que nous avons rencontrés chez Rose L. (obs. XI de notre étude sémiologique), représente encore une rectification, une affirmation de la volonté de vie, lorsque l'évidence se manifeste dans le sens de l'affectivité normale : « A mon idée, cela n'existe pas, dit Rose, *puisque* mes enfants vivent, si j'en ai souffert moralement et physiquement. »

Puis viennent les méconnaissances d'événements contemporains qui intéressent directement la vie du malade, la méconnaissance des modifications survenues dans sa famille, surtout des décès et des absences, qui certes répondent à l'impossibilité d'acquiescer de nouvelles conduites, mais surtout à l'impossibilité de rééquilibrer la vie affective alors qu'un élément capital de cet équilibre vient à faire défaut. Notre démente précoce, Amélie Ju., qui avait accueilli avec indifférence l'annonce de la mort de son mari, n'a jamais voulu l'admettre, mais jusqu'à sa mort survenue plusieurs années plus tard, réclamera sa visite : « Il me faut M. Ju., il faut qu'il vienne. »

L'illusion des sosies marque un pas de plus dans ce *déponillement des appartenances*, et nous en avons tout à l'heure précisé les nécessités profondes. Il est particulièrement suggestif d'établir la hiérarchie de ces enveloppes successives dont la personnalité se décortique suivant la gravité des cas, pour sauvegarder son noyau le plus intime. Parmi les éléments de la personnalité sociale, la méconnaissance de la nationalité, puis celle du mariage et du nom de mariage chez la femme (un mari, nous dit une démente précoce, c'est une pièce détachée) représentent des degrés moins profonds que la méconnaissance de la paternité et que la méconnaissance du nom. Le nom, auquel les primitifs confèrent une valeur magique si importante, peut être lui-même sacrifié à la conservation du Moi. Il n'en est donc, en réalité qu'un symbole contingent. Le rejet de périodes de la vie, celui de la durée, traîne intrinsèque de la pensée, signent une atteinte plus grave. Le thème de la catastrophe universelle et de la nouvelle naissance marquent le comble de la gamme et mettent d'ailleurs en jeu d'autres procédés de défense voisins de la méconnaissance, telles les méthodes de renoncement et de purification, sur lesquels nous ne saurions insister ici.

Dans l'ensemble, la méconnaissance systématique apparaît donc comme un effort suprême d'élimination de l'accessoire pour retrouver le fondement essentiel du Moi. Est considéré comme accessoire et comme noëif tout ce qui s'oppose à la persistance de l'unité du Moi. Pour reprendre en un sens un peu différent l'expression de Max Müller, qui a dégagé avec tant de pénétration les efforts de guérison spontanée des schizophrènes, la méconnaissance systématique est avant tout un processus d'auto-délimitation du Moi (*Selbstabgrenzung*). On pourrait, par comparaison avec la conduite de ces animaux, qui abandonnent une de leurs parties pour trouver leur salut dans la fuite, la qualifier d'*autotomie mentale*.

Comme toutes les réactions spontanées de la nature aux processus morbides, la méconnaissance systématique souvent reste bien loin d'atteindre, ou dépasse de beaucoup la marge d'efficacité. Son action directe sur le processus physiogène est certainement nulle. Nous ne pouvons que difficilement apprécier dans quelle mesure elle en modifie le revêtement psychologique. Néanmoins, elle témoigne, pensons-nous, d'une résistance efficace de la personnalité, et l'on pourrait, à cet égard, parler de *réussite délirante*, si l'on ne risquait ainsi de s'abuser quelque peu sur les mots ! Des méconnaissances limitées, que ne vient submerger aucune superstructure exubérante, et qui, inversement, ne confinent pas le malade dans un isolement psychologique ou social stérile, sont d'un pronostic relativement favorable, en ce qu'elles traduisent les possibilités énergétiques sous-jacentes.



De cette étude sur les méconnaissances systématiques, nous voudrions dégager des conclusions pratiques et des conclusions théoriques.

I. *Conclusions pratiques* d'abord. Il appartient au psychothérapeute de veiller à ce que les méconnaissances ne se développent pas outre mesure, qu'elles ne se surchargent pas de fausses méconnaissances, que le malade ne subisse pas les conséquences de l'isolement dans lequel il se confine. Nous avons suffisamment indiqué les facteurs d'incertitude propres à la vie des asiles pour ne pas demander au médecin de tout mettre en œuvre pour les limiter : parler aux malades avec franchise et avec précision, s'adresser à eux comme à des êtres normaux, en faisant appel, dans les moments favorables, à ce qu'ils ont conservé de normal dans leur psychisme, fortifier en eux la croyance à l'intégrité de

leur Moi, et surtout, pour multiplier les manifestations de l'évidence du réel, veiller à ce que les relations avec leur famille et leurs amis ne se relâchent pas. On avait tendance, autrefois, à suspendre plus ou moins longtemps les visites : en dehors des cas où celles-ci donnent lieu à des recrudescences d'excitation et à des scènes de scandale, nous croyons devoir imposer la permanence du lien familial, qui fournit pour la suite la meilleure préparation à la réintégration du psychisme.

II. Au point de vue *théorique*, nous désirons en premier lieu montrer l'intérêt que présentent, selon nous, les *attitudes réactionnelles* du psychisme *en face du processus morbide*. Les classiques avaient depuis longtemps décrit les principaux thèmes des délires : grandeur, persécution, jalousie, érotomanie, mysticisme, etc. ; le contenu de ces thèmes ne donnait pas la clé de leur origine. G. de Clérambault, dans sa synthèse de l'automatisme mental et de l'automatisme hallucinatoire, a mis en lumière le substratum organique de ces psychoses. Mais celui-ci, anidéique dans son essence, demeure sans lien nécessaire avec la superstructure idéatoire. Un hiatus persistait entre les deux séries. Nous pensons que la connaissance des attitudes du psychisme en face du processus morbide constitue un premier pas en vue de le franchir : les méconnaissances systématiques en apportent un exemple frappant, et leur caractère de réaction particulièrement active, vivante, leur attribue parmi ces types réactionnels une place privilégiée. Nous n'avons pas ici le loisir de les opposer par exemple au manichéisme délirant, récemment repris par Soulaïrac et Suttel, et qui procède d'une mentalité diamétralement opposée. Tout un champ d'études s'offre dans cette voie. Contentons-nous de dire que ces types réactionnels qui ouvrent un jour sur la structure de la psychose semblent jeter un pont entre le processus physiogène et la superstructure psychogène, entre le trouble organique et la répercussion fonctionnelle.

Mais les méconnaissances systématiques, par leur démarche de dépouillement hiérarchisé, offrent aussi des perspectives sur la structure de la personnalité normale. Nous avons assisté à l'effort désespéré du Moi qui, pour sauvegarder son essence même, sa continuité et sa persistance, rejette toute une série d'enveloppes successives, les unes après les autres devenant accessoires par rapport aux couches plus profondes, au noyau primordial. Des éléments que l'on pouvait considérer comme le plus intimement intégrés à la personne — telle l'identité — sont rejetés à leur tour. Tous les éléments d'origine sociale sont ainsi sacrifiés les uns après les autres. Si l'apport social recouvre la personnalité

de ses alluvions, au point d'en ternir l'originalité, il n'en reste pas moins que l'essence même de l'individu, ce par quoi l'Un se distingue de l'Autre, ce qui, pour chacun de nous, constitue le fonds premier, est quelque chose de radicalement différent.

La personnalité, en définitive, demeure irréductible au social. Cette conclusion, en d'autres temps, aurait été banale. Mais la psychologie contemporaine tend à élargir de plus en plus la notion du « social », en même temps que la vie actuelle rend chaque jour plus impérieuse l'emprise du Collectif et rejette le primat de l'Individuel. Aussi avons-nous cru légitime de souligner la conclusion à laquelle nous conduisait cette étude.

Bibliographie

a) Travaux rapportant des cas de méconnaissance

1. ABÉLY (X.), BONAFÉ et RAUCOULES. — Un cas typique de délire de préjudice présénile. *Ann. méd.-psych.*, oct. 1942.
2. AUBIN. — Introduction à l'étude de la psychiatrie chez les Noirs. *Ann. méd.-psych.*, janvier-février 1939.
3. BALLET (Gilbert). — A propos de l'influence des états affectifs sur le jugement et l'esprit critique. *Soc. de neur.*, 3 juin 1915.
4. BEAUDOUIN (H.) et BRIAU. — Sur les méconnaissances systématiques : négations de décès. *Encéphale*, mai 1934.
5. BOREL (Jacques). — Les méconnaissances systématiques chez l'aliéné : la méconnaissance de la mort. *Thèse Paris*, 1931.
6. BOUVIER. — Le syndrome « illusion des Sosies ». *Thèse Paris*, 1926.
7. CAPGRAS. — Deux cas d'amnésie systématique. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, mars 1920.
8. CAPGRAS. — Négativisme simulateur d'amnésie générale. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, mai 1920.
9. CAPGRAS et KERUEL-LACHAUX. — L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1924.
10. CAPGRAS et CARRETTE. — Illusion des sosies et complexe d'Œdipe. *Ann. méd.-psych.*, juin 1924.
11. CAPGRAS, LUCCHINI et SCHIFF. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, décembre 1924.
12. CAPGRAS et VIE. — Délire imaginatif et métabolique chez une paralytique générale atypique. *Soc. clin. de méd. ment.*, 18 novembre 1929.
13. CAPGRAS, JOAKI et ELLENBERGER. — Psychose présénile, négation systématique et érotomanie. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1933.
14. CLAUDE (H.). — Les psychoses paranoïdes. *Encéphale*, 1925, p. 137.
15. CLAUDE, LÉVY-VALENSI et SCHIFF. — Sur trois cas de méconnaissance systématique. *Soc. de psych.*, 21 mars 1929.
16. CLÉRAMBAULT (DE). — *Œuvre psychiatrique*, t. II, p. 733. (Discussion de la communication de CAPGRAS et CARRETTE).
17. COTARD. — *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*, p. 315.
18. DEMAY et RENAUX. — Conviction de l'irréalité de la guerre chez un combattant. *Ann. méd.-psych.*, septembre 1919.

19. DEROMBES (Mlle M.). — L'illusion de sosie, forme particulière de la méconnaissance systématique. *Thèse Paris*, 1935.
20. DUPOUY et MONTASSUT. — Un cas de syndrome des sosies. *Ann. méd.-psych.*, novembre 1924.
21. FATTOVICH et NICOLAI. — Délires de négation et psychoses réactionnelles. *Arch. gen. di neurologia e psichiatria*, 1938, analyse dans *Ann. méd.-psych.*, juillet 1939.
22. FOVILLE. — Art. *Folie du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1829.
23. GIANELLI. — Délire systématisé de négation. *Rivista quindrinale di psicologia* (anal. dans *Ann. méd.-psych.*, 1901, t. 1, p. 475).
24. HALBERSTADT. — Syndrome d'illusion des sosies. *Journ. de psych.*, octobre 1923.
25. HÉCAEN, DAVID et FRANQUET. — Le syndrome d'Anton-Babinski dans les tumeurs cérébrales. *Gaz. méd. de France*, 1943.
26. HEUYER et SAUGUET. — Méconnaissance de la mort dans une démence avec automatisme. *Ann. méd.-psych.*, 1942, t. I.
27. HOLLANDER (D') et GREEF (DE). — La folie d'autrui. *Journ. belge de neur. psych.*, sept. 1928.
28. JOUANNAIS (Mlle). — Etude critique des états paranoïdes. *Thèse Paris*, 1940.
29. KOGAN. — Weltuntergangserlebnis und Wiedergeburtphantasie. *Internat. Zeitsch. f. Psychoanalyse*, 1932 (anal. dans le *Centralblatt*, 1932).
30. LARRIVÉ et JASIENSKI. — L'illusion des sosies. *Ann. méd.-psych.*, décembre 1931.
31. LEURET. — *Fragments psychologiques*, 1831, p. 121.
32. LÉVI-BIANCHINI. — Négativisme mnésique et négativisme phasique. *Arch. gen. di Neurologia e Psichiatria* (anal. dans *Encéphale*, nov. 1921).
33. LÉVI-VALENSI. — Méconnaissance et fausse reconnaissance. *Semaine des hôpitaux*, 28 février 1929.
34. LÉVI-VALENSI. — Idées de négation. *Semaine des hôpitaux*, 31 mars 1929.
35. LÉVI-VALENSI. — L'illusion des sosies. *Gaz. des hôp.*, 10 juillet 1929.
36. LHERMITTE (J.). — *L'image de notre corps*, Paris, 1939.
37. MARTINOT et Mlle JOUANNAIS. — Illusion des sosies avec polynévrite. *Ann. méd.-psych.*, 1939, t. I, p. 785.
38. NARDI. — De quelques délires de négation systématiques. *Riv. di parol. neur. e mentale*, mai 1935.
39. NEUROLOGIE (Société de). — *L'image du corps*, séance annuelle de 1941.
40. ROUSSET (Mlle) et DAUMÉZON. — Trouble de la mémoire post-traumatique. *Ann. méd.-psych.*, déc. 1937.
41. SCHEID (Werner). — Ueber Personenverkenennung. *Zeitschrift. f. ges. Neur. n. Psychiatrie*, 1937, p. 1-16.
42. SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les interpréteurs filiaux. *Encéphale*, 1910.
43. SÉGLAS. — *Leçons sur les maladies mentales*, pp. 520, 594.
44. TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY. — Délire métabolique de la personnalité psychique. *Soc. de Psych.*, 28 avril 1927 (*Encéphale*).
45. VAN BOGAERT (Ludo). — De l'algo-hallucinosse à la dépersonnalisation. *Ann. méd.-psych.*, nov. et déc. 1934.
46. VEILLET. — Le délire de la folie d'autrui. *Encéphale*, avril 1927.
47. VIÉ (J.). — Un trouble de l'identification des personnes : l'illusion des sosies. *Ann. méd.-psych.*, mars 1930.

48. VIÉ et BOBÉ. — Les idées délirantes de grossesse. *Encéphale*, juin 1932.
49. VIÉ. — Une terminaison de la xénopathie : la réintégration délirante. *Ann. méd.-psych.*, mai 1934.
50. VIÉ et QUÉRON. — A propos du diagnostic des états paranoïdes. *Ann. méd.-psych.*, février 1935.
51. VIÉ et QUÉRON. — La vieillesse de quelques déments précoces. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1935.
52. VIÉ. — Sur quelques terminaisons des délires chroniques. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1939.
53. VILLEMEZ. — Les démences vésaniques. *Thèse Toulouse*, 1933.

b) Autres travaux cités

54. CAPGRAS. — Crimes et délires passionnels. *Ann. méd.-psych.*, janv. 1927.
55. COURBON et FAIL. — Syndrome d'illusion de Frégoli et Schizophrénie. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 11 juillet 1927.
56. COURBON et TUSQUES. — Identification délirante et fausse reconnaissance. *Ann. méd.-psych.*, juin 1932.
57. DIDE. — Dépersonnalisation, déréalisation, aprocioceptivité. *Ann. méd.-psych.*, juin 1938.
58. GILLES. — Le syndrome aparnétique. *Evolution psychiatrique*, 1934, I, p. 21.
59. JANET (Pierre). — *L'évolution psychologique de la personnalité*, 1929.
60. JANET (Pierre). — Les sentiments dans le délire de persécution. *Journ. de psych.*, mars-avril 1932.
61. LÉON-KINDBERG (Michel). — Le sentiment de déjà-vu et l'illusion de fausse reconnaissance. *Revue de psychiatrie*, avril 1903.
62. MALLET (Raymond) et BERLIOZ. — L'obsession de négation. *Ann. méd.-psych.*, 1933, t. I, p. 591.
63. MASSELOU. — *La mélancolie*, pp. 111, 169.
64. MULLER (Max). — *Die Heilungsmechanismen in der Schizophrenie*, 1930.
65. PARISOT (Pierre). — De la transformation de la personnalité au cours de la démence sénile. *Congrès des aliénistes*, Nancy, 1896.
66. SCHIFF. — Les paranoïas et la psychanalyse. Rapport à la *Conférence des psychanalystes* et discussion. Paris, 2 février 1935.
67. SOULAIRAC et SUTTEL. — De l'antagonisme du Bien et du Mal dans quelques délires. *Ann. méd.-psych.*, juin 1939.
68. VIÉ. — Idées délirantes d'anthropopathie interne. *Congrès des aliénistes*, Bruxelles, 1935.
69. VIÉ. — Comment concevoir actuellement l'organique et le fonctionnel. *Hygiène mentale*, mars 1934.
70. WIMMER (Auguste). — Sur l'état de conscience pendant la stupeur. *Ann. méd.-psych.*, janvier 1919.

Travail de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche
Services des docteurs Capgras, H. Beaudouin et J. Vié. 1928-1943.

PERTURBATION DU SCHÉMA CORPOREL

A TYPE DE « DYSSOMATOLOGIE »

PAR

RISER, DARDENNE et GAYRAL (de Toulouse)

Nous avons pu observer une malade qui présente de curieux phénomènes d'amenuisement et de disparition momentanée de la représentation de son corps. Ce cas paraît s'apparenter à deux observations seulement déjà connues de P. Bonnier et de O. Foerster.

Voici notre observation :

Mlle B. est d'un tempérament anxieux et nerveux, irritable : elle a dû, à la fin de ses études secondaires en 1928-1929, se reposer pendant deux ans pour crises nerveuses avec angoisse, dyspnée, agitation, sur un fond d'asthénie physique marquée. Plus tard, elle a pris un emploi de bureau, qui demande de l'attention, de la compréhension, sans grand effort physique. Elle s'acquitte bien de ce travail et avec goût, en dehors des périodes de dépression et d'inquiétude, il est vrai, fréquentes.

Mlle B. est physiquement tout à fait normale. Sa culture est d'une bonne moyenne, son intelligence développée et son auto-critique, un peu émoussée par les phénomènes qu'elle éprouve depuis cinq années, est encore vive.

On ne peut trouver chez elle le plus léger signe de déficit intellectuel.

Voici analytiquement les phénomènes éprouvés par Mlle B.

Impressions de réduction puis de disparition de parties du corps. — Ces phénomènes surviennent la nuit, quand la malade est couchée, avant le sommeil. Ils portent toujours sur les membres inférieurs, quelquefois ils intéressent, tout le corps, sauf le cou et la tête. Ils sont précédés d'anxiété, de sueurs, de signes paroxystiques d'hyperventilation.

Au début, il s'agit de la sensation, localisée aux membres inférieurs, d'un amincissement des différents segments : c'est le pied qui commence, se rétrécissant, s'affinant, jusqu'au volume d'une petite cuiller ; puis la jambe, jusqu'au genou, qui devient extrêmement frêle et grêle, enfin la cuisse subit à son tour cette réduction. L'amincissement est bilatéral, symétrique et simultané des deux côtés. Quand les deux membres inférieurs sont ainsi réduits à des tiges fines, la malade a la sensation d'allongement « mais, dit-elle, c'est une fausse impression, car une chose paraît plus longue si elle est mince que si elle est grosse », « c'est une illusion bien connue », et aussi « je sens que cette impression d'allongement est factice tandis que celle de l'amincissement s'impose avec la force de la réalité ».

Les membres ainsi amincis ne sont ni plus ni moins lourds que les membres normaux. Mlle B. peut les déplacer et sent le mouvement, mais d'une manière vague et imprécise. Elle ne sent ni le contact, ni le poids des couvertures. Puis bientôt l'amincissement est suivi de la sensation de réduction de bas en haut : le pied se tasse « comme un pied-bot, puis il devient comme une petite pomme et enfin il disparaît complètement ». La jambe à son tour disparaît en remontant et enfin la cuisse : tout ceci est bilatéral, symétrique et simultané à droite et à gauche.

La disparition des membres inférieurs ne se fait pas par emboîtement des segments, par télescopage, comme rentrant dans le corps à la manière des pieds photographiques, mais par *évanouissement* progressif.

Quelquefois le sentiment d'anéantissement somatique est plus étendu, il affecte le tronc et les membres supérieurs. Il existe toujours la phase prémonitoire d'amincissement, d'abord aux membres inférieurs, puis simultanément aux membres supérieurs et au tronc. La main devient longue et amincie en « patte d'araignée », puis l'avant-bras et enfin le bras s'amenuisent au volume d'un gros crayon ; le tronc diminue dans le diamètre antéro-postérieur et en largeur, il devient dans l'ensemble de la grosseur de l'avant-bras normal sans que ces volumes soient clairement appréhendés par Mlle B. Seulement ensuite arrive la phase de raccourcissement, puis de disparition, en commençant par les membres inférieurs, toujours, à la suite de quoi, Mlle B. est réduite à sa tête et à son cou, ces derniers normaux. Le cou et la tête ne prennent jamais part à ces phénomènes de réduction et de disparition. Mlle B. dit qu'elle éprouve alors une lourdeur de la tête qui disparaît avec le retour à l'état normal du reste du corps.

Notre malade se sent ainsi réduite à son cou et à sa tête. Elle indique nettement qu'elle n'a aucune idée dans ces moments sur la situation et la sensibilité de la région où se fait la coupure (base du cou, ou haut des cuisses), fait intéressant qui distingue bien ces phénomènes des manifestations plus ou moins apparentées racontées par certains pithiatiques. Pour ces derniers, la zone de séparation est toujours précisée et affectée de sensations particulières.

L'ensemble de ces accidents dure de quelques minutes à un quart d'heure, tant que Mlle B. reste dans l'obscurité. En général, elle appelle ses parents, on allume la lumière, mais en dépit de la clarté, de la netteté du décor familial de la chambre, de la présence d'un parent, la sensation de perte du corps persiste intégralement pendant quelques secondes, 5 à 15 environ, puis « le corps revient ». Ce sont d'abord les pieds qui se remettent en place, isolés, très rapidement ensuite les jambes, et quand il y a lieu, le corps, d'un seul coup, réapparaissent. Le sentiment de normalité se rétablit brusquement, d'emblée total, sans transition, mais cependant sans heurt.

L'ensemble de ces accidents dure de quelques minutes à un quart d'heure. Le temps est mal apprécié par Mlle B. « Mais, dit-elle, il est court, limité par l'éclairement de la chambre, et ceci n'a rien de commun avec le rêve, qui peut paraître d'une durée considérable, alors qu'en réalité, il se déroule en quelques minutes. » Mlle B. ne perd en rien la notion du temps, autant « qu'on puisse l'avoir précise au lit dans l'obscurité et avant l'endormissement ».

Le retour à la normale s'accompagne de phénomènes physiques : sueurs, sécheresse de la bouche — la malade a hâte d'aller boire — congestion de la face et légère agitation. Peu après Mlle B. finit par s'endormir.

Mlle B. n'a pas songé à toucher de ses mains les membres inférieurs disparus, ni à regarder sous les draps le tronc évanoui, pendant le court moment où, lumière allumée, les phénomènes persistent ; pas d'ailleurs, elle n'a essayé de se servir des membres disparus. La disparition du corps est le premier phénomène en date — 1938 — celui qui encore revient le plus fréquemment.

Allongement de la tête. — Les phénomènes de rétrécissement et de disparition des membres et du tronc sont les premiers en date ; ils existent encore et sont fréquents. La tête et le cou n'y prennent jamais part.

Depuis 1941, la tête est l'objet d'une impression de transformation tout à fait particulière et indépendante des modifications des membres et du tronc ; mieux, quand dans une nuit Mlle B. éprouve la transformation de la tête, elle n'aura pas de transformation des membres et inversement.

La tête subit un allongement en hauteur qui porte sur le haut du crâne — elle sent cette poussée — et à la fin la tête a la forme d'un pain de sucre très allongé. Il ne se produit aucune transformation d'avant en arrière : « C'est comme une énorme bosse qui pousserait sur le haut de la tête, alors avec ma main j'appuie dessus pour la faire rentrer, je tape même, mais je rencontre quelque chose de dur ; je ne peux pas dire ce que je touche, si c'est ma tête... ». — Effectivement quand, à ce moment, Mlle B. veut palper son crâne, elle porte la main à plusieurs centimètres au-dessus du vertex, dans le vide. La face n'est pas modifiée, la situation des oreilles ne peut pas être précisée, mais

ce qui est sûr c'est que tout se passe au-dessus des yeux ; Mlle B. n'a pas pensé à se regarder dans un miroir, elle croit qu'elle n'en aurait guère le temps pendant que la lumière est allumée et qu'elle sent encore son étrange transformation, qui cède elle aussi à l'éclairement de la pièce.

Récemment, Mlle B. a éprouvé un nouveau phénomène de discorporalité : elle a vu un gouffre ouvert à côté de son lit, puis elle a senti le lit chavirer dans ce gouffre en l'entraînant, en même temps qu'une sensation de dérobement vertigineux au cours de cette chute.

Outre les phénomènes de dyssomatognosie, Mlle B. en éprouve de tout différents depuis 1942. Il s'agit de ce qu'elle nomme « ses visions », et qui surviennent à la même heure que les transformations sans jamais coïncider ou se produire au cours de la même nuit : les différentes variétés de phénomènes subies par Mlle B. sont exclusives les unes des autres.

Ces visions sont diverses (homme coiffé, brouette qui l'écrase) ; la plus fréquente est celle d'un homme à barbe noire vêtu d'un grand manteau sombre. Détail curieux, bien que cette vision ait lieu dans l'obscurité, Mlle B. voit en même temps les détails de l'aménagement de sa chambre, les objets divers posés çà et là, etc., et qui correspondent à la réalité, ce qu'elle a contrôlé souvent. L'homme à barbe est placé au pied du lit, tenant une place insolite à cette heure, dans ce décor familier que Mlle B. perçoit alors avec plus de netteté que quand elle essaie de l'évoquer dans la mémoire. Mlle B. reste imprécise quant à la lumière qui baigne ce spectacle. Toutes ces figures sont absolument silencieuses et de grandeur naturelle.

Après avoir exposé à Mlle B. ce que sont les hallucinations, les illusions et rappelé les caractères des visions hypnagogiques et des rêves Mlle B. ne peut rattacher ses visions à aucune de ces choses. Elle insiste sur le réalisme avec lequel ces visions s'imposent, elle s'est trompée sur leur authenticité au début. Ces visions, sans l'inquiéter, encore moins sans qu'elle y attache la moindre idée délirante, la plongent dans un certain ennui, et bien que leur charge affective soit indifférente et qu'elles ne provoquent aucune surprise, elles sont, en général, suivies de phénomènes vaso-moteurs. La brouette, elle, a entraîné une perturbation cénesthésique importante.

Il est très important de préciser les caractères chronologiques et les relations avec le sommeil de tous ces phénomènes.

Les sensations corporelles ou les visions ne surviennent pas toutes les nuits, mais assez fréquemment, au moins une nuit sur deux et avec plus de fréquence quand Mlle B. est fatiguée ou déprimée : en vacances, au repos ou par la prise de sédatifs, les phénomènes se raréfient. Depuis cinq ans, Mlle B. a senti plus de 150 fois son corps se rétrécir et disparaître, plus de 20 fois elle a vu l'homme à barbe.

Les phénomènes n'apparaissent jamais en dehors d'un moment très précis de la nuit que nous allons indiquer :

Mlle B. souffre depuis longtemps d'insomnie : elle ne dort que 3 à 4 heures par nuit. La période d'endormissement est particulièrement longue. Elle se couche vers neuf heures du soir et là, reste étendue dans l'obscurité, à penser pendant de longues heures. Le sommeil vient en général vers deux heures du matin. Les phénomènes de réduction corporelle, quand ils doivent apparaître, le font vers minuit, et, comme les visions d'ailleurs, c'est 3 heures après le coucher que Mlle B. les éprouve. Ces phénomènes éloignent-ils en pleine conscience, dans le sommeil, ou dans la période intermédiaire ?

Il est certain qu'ils ne surviennent pas pendant le sommeil, car Mlle B. rêve rarement, ses rêves n'ont aucun caractère particulier, et Mlle B. les différencie bien des phénomènes qui nous intéressent ici. Entre le coucher et ces phénomènes, il y a continuité de la conscience de veille, sans coupure hypnique même. Enfin, Mlle B. ne les éprouve qu'une fois par nuit, elle sait bien que si elle réussit à s'endormir, elle échappera aux accidents de troubles de la corporalité ou aux visions ; au réveil, vers cinq ou six heures du matin, elle n'a jamais rien eu d'anormal, bien qu'elle demeure encore plusieurs heures au lit.

D'après Mlle B., les phénomènes surviennent en état de pleine conscience de veille, aussi aiguë que celle du jour. Insomniaque, elle se plonge dans l'obscurité pour se reposer, mais ne cesse pas de penser — à des choses sans intérêt pour nous, d'ailleurs —, d'entendre les bruits de la rue et de la maison, et les rapporte immédiatement à leur cause. En somme, elle intègre parfaitement, dit-elle, toutes les perceptions quand surviennent les phénomènes que nous avons décrits, de telle sorte qu'on ne peut les assimiler à des phénomènes, non seulement de rêve, mais encore de demi-sommeil, ou d'inconscience plus ou moins marquée.

En fait, l'interrogatoire nous montre que ces phénomènes n'ont rien de commun avec les visions hypnagogiques (Mlle B. qui en a éprouvé les différencie très bien). Ces phénomènes de dyssomatognosie se situent donc bien à l'état de veille, ou tout au plus dans ce moment du pré-sommeil où la conscience claire perd un peu de son acuité, se colore légèrement de nuages qui la mettent à la frange de la période pré-hypnagogique, — encore ne peut-on retenir cette dernière hypothèse que pour les « visions ». Soulignons, en terminant, les signes organiques d'ordre surtout vaso-moteurs qui précèdent et suivent régulièrement les étranges phénomènes que nous avons décrits.

Mlle B. critique bien tous ces phénomènes, elle en ressent toute l'étrangeté, elle éprouve les réactions émotionnelles naturelles, peut-être un peu exaltées par un tempérament naturellement émotif, mais c'est tout, et, ce qui augmente considérablement l'intérêt de ce cas, Mlle B. n'est pas délirante ; chez elle il n'y a aucune raison de faire intervenir un quelconque élément pithiatique ou mythomaniac. Nous suivons depuis longtemps cette malade et l'on n'a aucune raison de douter de sa sincérité. Il n'y a chez elle ni le besoin des psychasthéniques de recourir constamment au médecin, ni le désir d'intéresser par le récit de son histoire si originale ; au contraire, Mlle B. a un certain ennui de la médecine. Rien ne s'oppose à ce que l'on intègre le cas de Mlle B. dans le cadre des phénomènes organiquement neurologiques — au sens jacksonien du mot, c'est-à-dire de dissolution partielle — et c'est, croyons-nous, ce qui constitue l'attribut majeur de cette observation, quelque mécanisme et quelque localisation que l'on invoque pour l'expliquer.

*Clinique neurologique de la Faculté de Médecine.
Professeur Riser.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 8 Mai 1944

Présidence : M. MARCHAND, ancien président



M. MARCHAND. — Mes chers collègues, j'ai à vous faire part d'un accident récent survenu sur la voie publique à M. le D^r LHERMITTE, président de la Société. Appelé ce matin au fauteuil en qualité d'ancien président, mes premiers mots (et je ne doute pas de votre assentiment) seront pour transmettre à notre distingué Président nos vœux de prompt et complet rétablissement. (*Approbations*).

PRÉSENTATIONS

Etat démentiel et quadriplégie spasmodique en flexion chez un homme de 39 ans : maladie d'Alzheimer, par MM. L. MARCHAND, R. BESSIÈRE et Pierre BERNARD.

L'observation suivante nous met en présence d'une quadriplégie spasmodique en flexion associée à un état démentiel. L'évolution du syndrome neurologique et du syndrome psychique porta sur une durée de cinq ans environ : entre l'âge de 34 ans et l'âge de 39 ans. L'examen nécropsique révéla les lésions anatomiques qu'il est classique d'attribuer à la « maladie d'Alzheimer ».

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — M. Félix R..., célibataire, fut employé à la Ville de Paris jusqu'en 1935 et ensuite chômeur. Le début

des troubles se place en 1938, le malade ayant alors 34 ans. Il s'agissait de raideur des membres inférieurs qui entraînait une gêne de la marche. En septembre 1939, lors de la mobilisation générale, il fut trouvé errant dans les rues de Paris, n'ayant pas rejoint son corps. On l'envoya à Fresnes où il resta une année, bien que les médecins de la prison eussent constaté chez ce malade alors confiné au lit : un état démentiel avec impotence des membres inférieurs. Il fut transporté en octobre 1940 à la Salpêtrière et plus tard à Sainte-Anne, où il vint mourir en janvier 1943.

L'examen clinique a montré :

1. *Au point de vue neurologique* : contractures des membres en demi-flexion aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Cependant, tous les mouvements sont possibles, bien que gênés par la contracture et très lents. Force musculaire relativement conservée malgré une amyotrophie généralisée. Réflexes tendineux vifs aux quatre membres, mais le clonus est impossible à chercher. Réflexes cutanés normaux, sauf le cutané plantaire : signe de Babinski bilatéral très net avec mouvement de triple retrait associé. Par ailleurs, l'examen neurologique est négatif : pas de troubles sensitifs ni trophiques, paires crâniennes normales, liquide céphalo-rachidien normal.

2. *Au point de vue psychique* : état habituel d'indifférence complète. Reste immobile pendant des heures. Ne parle pas. Parfois, épisodes d'agitation avec cris, gémissements, impulsions. Conservation très marquée des attitudes. Opposition volontaire à la mobilisation des membres. Occlusion palpébrale à l'examen oculaire. Accepte les aliments qu'on lui présente, mais il faut les lui mettre dans la bouche. Quelquefois, se tourne dans son lit, et spontanément, sans prévenir, urine dans l'allée.

3. *Au point de vue somatique* : aspect un peu sénile ; atrophie du système pileux. Cependant pas de signes de sclérose cardio-vasculaire. Tension artérielle : 13/8. Urée : 0,20. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Formule sanguine normale. Le malade, très cachectique, très amaigri, dément, conserve jusqu'à la fin, malgré son impotence, des réflexes vifs et un signe de Babinski bilatéral.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Antécédents héréditaires : mère longtemps internée et morte lorsque le malade avait 5 ans.

EXAMEN NÉCROPSIQUE. — *Examen macroscopique.* — *Eneéphale* : aspect légèrement laiteux des méninges. Happements de la pie-mère au cortex. Aucune lésion localisée. Cerveau de consistance molle. Pas d'athérome des artères cérébrales. L'hémisphère droit pèse : 510 gr., le gauche : 525 gr. ; le cervelet et le bulbe : 180 gr.

Examen microscopique. — *Cortex* : adhérences méningo-corticales avec sclérose sous-jacente envahissant toute la hauteur du cortex ; lésions cellulaires considérables consistant en un aspect granuleux et

vacuolaire du cytoplasme, et excentricité du noyau. Dissociation de la trame par un œdème très accusé. Au Van Gieson, le cortex et la région sous-corticale paraissent parsemés de nodules acidophiles (plaques séniles).

Infiltration de quelques vaisseaux de la substance blanche par de gros corps granuleux bourrés de granulations basiques.

Par la méthode d'Hortega, on note que les nodules apparents dans les coupes traitées au Van Gieson sont des plaques présentant les caractères des plaques séniles, la plupart au début de leur formation. Celles-ci sont très nombreuses et restent situées dans la couche corticale. Par la même méthode, on met en évidence la lésion d'Alzheimer dans un certain nombre de cellules ganglionnaires en voie d'atrophie. Les fibrilles argentophiles sont très épaissies et certaines forment une bordure à l'élément cellulaire réduit de volume.

Au Weigert-Pal : dégénérescence nette des fibres tangentiellles ; tout le cortex et le sous-cortex sont parsemés de plaques séniles amyéliniques qui donnent aux coupes un aspect aréolaire.

Noyaux gris centraux : on note les mêmes lésions (plaques séniles) dans les noyaux gris centraux.

Bulbe : légère dégénérescence des pyramides. Quelques vaisseaux intrabulbaires ont leurs parois infiltrées de cellules embryonnaires. Aucune altération du revêtement épendymaire du plancher du IV^e ventricule. Pie-mère normale.

Moelle : légère dégénérescence des faisceaux pyramidaux. Les cellules radiculaires sont simplement diminuées de volume sans autres lésions. Aucune altération vasculaire. Oblitération complète du canal central.

En résumé, chez ce sujet de 39 ans, on note les lésions de la maladie d'Alzheimer et celle que l'on observe dans les démences séniles non artériopathiques. Nous tenons simplement à souligner quelques particularités de cette observation.

1. *L'âge du malade* : mort à 39 ans, après une évolution de plusieurs années. On relève des cas de ce genre dans la littérature. Dans l'ignorance où nous sommes des causes véritables de semblables « encéphaloses » diffuses, il est logique d'invoquer en premier lieu le facteur héréditaire à l'origine de cette véritable abiotrophie cellulaire. Nous rappelons que la mère de notre malade est morte jeune dans un asile d'aliénés.

2. *L'intérêt des signes neurologiques* constatés (contracture, réflexes tendineux vifs, réflexes de défense exagérés, signe de Babinski). On conçoit qu'en leur absence, et à un stade avancé, il eût été difficile de faire le diagnostic avec la démence précoce catatonique où l'on peut voir des rétractions musculaires impor-

tales, comme celles qu'ont décrites initialement Cullerre (1904) et H. Nouet et L. Trepsat (1910). D'ailleurs, c'est le diagnostic que portait le certificat d'admission du malade.

3. *La paraplégie en flexion* due aux lésions cérébrales avec dégénérescence secondaire partielle des faisceaux pyramidaux. On sait que cette attitude a été étudiée pour la première fois dans les lésions cérébrales par P. Marie et Foix en 1920. Alajouanine (thèse 1924) a pu la reproduire expérimentalement par des lésions cérébrales bilatérales et symétriques (surtout des noyaux gris) et il pense pouvoir en rattacher les manifestations à un automatisme médullaire comparable à celui du chien spinal de Sherrington. Clovis Vincent, Krebs et Chavany (1925) ont décrit semblable attitude en cas de lésion cérébrale unilatérale et en font une « pseudo-paraplégie » avec surréflexivité cutanée hyperalgique. A vrai dire, on comprend mal pourquoi des lésions cérébrales déterminent tantôt une contracture en extension de type pyramidal classique et tantôt une attitude en flexion. On peut en effet voir l'une ou l'autre non seulement dans les atrophies cérébrales séniles, mais dans les scléroses cérébrales infantiles. Peut-être est-ce une question de degré d'étendue des lésions cérébrales associées à des altérations trophiques musculo-tendineuses ?

Troubles de la fonction hypnique symptomatiques d'une psychose maniaco-dépressive (présentation de malade), par MM. P. SIVADON et J.-L. BEAUDOUIN.

Les troubles de la fonction du sommeil, et particulièrement l'insomnie, sont de constatation banale au cours de la psychose maniaco-dépressive. On peut même dire que l'insomnie est un des symptômes fondamentaux de la manie comme de la mélancolie. Cependant, il semble assez exceptionnel de voir les troubles du sommeil constituer la première, et pendant près de deux ans, l'unique manifestation notable de la maladie. C'est en quoi nous a paru résider le principal intérêt de l'observation suivante :

OBSERVATION. — P... Marcel est actuellement âgé de 39 ans. Ouvrier menuisier, il travaille chez le même patron depuis l'âge de 13 ans. De caractère taciturne, plutôt renfermé, il est habituellement d'humeur assez égale. A deux reprises cependant, en 1926 et en 1939, il aurait traversé de courtes périodes de « cafard » se manifestant simplement

par un moindre goût au travail, mais sans qu'il soit obligé d'interrompre son activité. Il n'a jamais présenté d'autre manifestation morbide jusqu'en 1941. Vers la fin de 1941, commence une période d'insomnie à peu près totale qui va durer environ six mois. Il ne dort plus que deux heures environ par nuit. A partir de minuit, il se lève, lit ou écrit. Il ne présente pas la moindre excitation psychique anormale. Le matin, il est tout à fait dispos et se rend à son travail comme précédemment. A l'atelier comme à la maison, on ne remarque aucune modification de son humeur ni de son activité : il reste de caractère taciturne. Malgré l'insomnie, il ne ressent aucune fatigue. Il se sent « en forme ». Puis, assez brusquement, vers le milieu de 1942, l'insomnie fait place à une véritable narcolepsie. Non seulement il dort toute la nuit, mais encore il s'assoupit dans la journée à tout moment. Dès qu'il s'assied, que ce soit chez lui ou à son travail, il s'endort profondément et l'on doit le secouer pour le réveiller. L'endormissement est rapide et il lui est impossible de lutter contre le sommeil qui l'envahit. Il s'endort en particulier à table, en mangeant, surtout à la fin du repas. Son travail s'en ressent, son rendement devient très insuffisant. Cependant, son humeur ne s'est pas modifiée. Il reste taciturne, mais ne manifeste aucune tendance dépressive.

Inquiet de cette somnolence persistante, il consulte son médecin habituel qui conseille une hospitalisation à la Salpêtrière. Ce médecin nous a écrit pour nous confirmer les périodes d'insomnie et de narcolepsie dont il a été le témoin. Pour lui, il s'agit d'une encéphalite léthargique, et c'est pourquoi il a conseillé l'hospitalisation. Mais le malade s'est refusé à cette mesure et a changé de médecin. De nombreux traitements toniques sont restés sans effet.

A partir du 14 juillet 1943, à la suite d'un bombardement qui l'a fortement impressionné, le tableau change à nouveau. L'insomnie nocturne réapparaît tandis que persiste la narcolepsie diurne. L'humeur du malade se transforme. Il devient nerveux, irritable. Il travaille de plus en plus irrégulièrement. Son activité devient désordonnée. On ne relève encore aucune incohérence dans son comportement ni dans ses propos.

A partir de décembre 1943, apparaissent les premières manifestations mentales caractérisées. Il quitte son emploi, fait des projets nombreux qu'il abandonne aussitôt. Il veut faire placer le téléphone dans son appartement. Il décide de faire installer chez lui le chauffage central. Il veut monter pour son propre compte une entreprise de menuiserie.

Mais ce n'est qu'à la fin de mars 1944 qu'apparaît un véritable syndrome d'excitation psychique de type maniaque qui motive son envoi à l'Infirmerie spéciale et son internement le 2 avril dernier. Il ne dort plus. Son activité devient débordante. Il distribue à tous ses amis des chèques postaux d'assignation de 1.000 fr., alors que son compte est maigrement approvisionné. Il adresse également des chèques de virement à des hommes politiques avec la mention : « De la part du Shah

de Perse en attendant mieux ». Il fait des projets cocasses, des jeux de mots, des plaisanteries : « Il fera monter la Seine au Petit-Clamart », il a inventé « un élixir pour empêcher les escargots de monter sur les salades », il a fait le pari de vivre pendant un mois « par la resquille dans la légalité », par exemple : « en montant en seconde dans le métro avec un billet de première », etc. Il se rend à Orly pour confier ses projets à un ami. Il téléphone à son épicière pour lui dire qu'on va l'arrêter comme fou. Enfin, il lacère le permis de circuler d'une automobile, estimant qu'il est périmé. C'est cet incident qui motive son arrestation.

Dans le service, après quelques jours d'excitation maniaque typique, il se calme progressivement et les troubles du sommeil disparaissent.

Pendant les premiers jours, il accuse de vagues idées d'influence : on agit sur lui par « télépathie ». Puis, tout rentre dans l'ordre et actuellement il se présente comme un hypomane léger. Il a conscience d'avoir été malade, mais ne garde qu'un souvenir confus de la période de grande excitation : « J'ai l'impression d'avoir rêvé. »

Pas d'affaiblissement intellectuel. Les réflexes tendineux et photomoteurs donnent des réponses normales. Les réactions sérologiques sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le sang.

Ainsi, il semble bien que l'accès maniaque actuel vienne signer la nature maniaco-dépressive des troubles du sommeil qui l'ont précédé. D'autre part, à aucun moment notre malade n'a présenté de troubles laissant supposer une atteinte infectieuse du névraxe : ni température, ni céphalée, ni diplopie.

Enfin et surtout, un argument important nous est apporté par la notion d'une très lourde hérédité vésanique à prédominance maniaco-dépressive :

Le père du malade, sujet à des accès dépressifs, s'est suicidé à l'âge de 60 ans (submersion).

Sa mère, après quelques accès dépressifs, a été internée à Ville-Evrard à l'âge de 45 ans, à la suite de plusieurs tentatives de suicide (défenestration et empoisonnement). Nous trouvons dans son dossier : « Dépression psychique, anxiété, idées d'auto-accusation, refus d'aliments ». Elle est décédée quelques mois plus tard à l'asile.

Son frère aîné est décédé à Ville-Evrard à 32 ans de paralysie générale à marche rapide. Nous trouvons dans son dossier : « Excitation maniaque à forme dementielle. »

Son frère cadet a été interné à Ville-Evrard à 25 ans pour un épisode délirant transitoire avec état dépressif. Rapidement guéri, il serait actuellement en bonne santé (prisonnier de guerre).

Notre malade a eu quatre enfants. L'aîné aurait présenté des manifestations convulsives dans le jeune âge. Le second est mort subitement à 14 mois. Les deux autres seraient normaux.

Cette observation nous semble venir à l'appui de l'opinion des

auteurs (en particulier Guiraud) qui estiment qu'il y a un rapport étroit entre l'excitation maniaque et les troubles à point de départ hypothalamique.

DISCUSSION

M. JEAN DELAY. — Il y a décidément tout un ensemble de faits cliniques, expérimentaux, neuro-chirurgicaux, qui nous éclairent sur la pathogénie de la manie et le rôle (dans le syndrome maniaque) de la région hypophysaire. Reste toutefois l'objection sérieuse de l'absence d'arguments du même ordre en ce qui concerne la mélancolie. Or, la mélancolie est considérée comme de même nature que la manie.

M. GUIRAUD. — Je suis de l'avis de M. Delay. J'ai publié ici-même des cas avec syndromes tubériens importants, y compris l'hypoglycémie. Je dois pourtant faire remarquer qu'ici la narcolepsie n'est pas pure. Il y a chez ce malade une légère teinte de dépression, avec sentiment d'infériorité.

Quant à l'objection soulevée par M. Delay à propos de la mélancolie, elle est exacte. Toutefois on a bien signalé à l'étranger des inhibitions et du sommeil par excitation expérimentale de la partie postérieure du III^e ventricule. Mais le sentiment de faute, de culpabilité, réalise tout de même autre chose. Pourtant, naguère, Mairé, de Montpellier, avait écrit que des lésions de la partie inférieure du cerveau pouvaient engendrer des états mélancoliques.

M. DUBLINEAU. — Certains états mélancoliques s'accompagnent d'hypoglycémie. J'en ai publié des cas naguère dans la thèse de Mme Djian écrite dans le service du Professeur Claude. Pour autant que l'hypoglycémie puisse être considérée comme un signe relevant d'atteinte de la base, les cas en question pourraient, en ce qui concerne l'anxiété, apporter des arguments à la théorie diencephalique qui vient d'être soutenue.

Un cas spécial de glossolalie, par MM. X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL.

Nous vous présentons une observation de « glossolalie », c'est-à-dire de langage en un ou plusieurs idiomes inconnus. Ce symptôme est rare, du moins dans sa forme systématique et persistante. De plus, notre cas répond à une catégorie différente de celles déjà décrites. Ce terme assez mal choisi de « glossolalie » n'a pas été créé par les psychiatres. Il est l'œuvre des exégètes religieux, inspirés par les écrits de saint Paul. Il se réfère à ce « don des langues » qui fut accordé aux apôtres et à quelques

autres personnages. Cénac a consacré sa thèse à l'étude de ce symptôme. Il distingue deux sortes de glossolalies fort différentes : l'une est constituée par une langue vraiment nouvelle, composée de néologismes, et à laquelle le malade attache un sens. On la rencontre chez les schizophrénies, où elle représente une extériorisation de l'autisme. C'est en somme un type de schizophasie qui traduit la dissociation de l'activité psychique. Pour Cénac, c'est la glossolalie véritable.

La deuxième sorte est un jeu verbal, syllabique, dépourvu de toute signification pour le malade lui-même. On le trouve chez les hypomaniaques ou chez des déséquilibrés avec excitation psychique. Ce n'est pour Cénac qu'une pseudo-glossolalie, pour laquelle il propose la désignation de « glossomanie ». Ce terme peut prêter à confusion car on a décrit sous le même nom l'observation obsédante de l'état de la langue. Si la distinction faite par Cénac est exacte dans ses grandes lignes, nous croyons qu'il ne faut pas lui accorder cependant une valeur absolue. La glossolalie de l'hypomane peut s'accompagner de nombreux néologismes. La glossolalie schizophrénique, dont la salade de mots ou de syllabes n'est qu'un mode, peut être vide de sens et ne représenter qu'une activité de jeu. Il existe de plus des formes hybrides ou intermédiaires développées sur des terrains psychopathiques complexes. C'est précisément le cas de notre malade.

OBSERVATION. — Mme D., âgée de 21 ans, est issue d'une modeste famille de pêcheurs de Honfleur. A l'âge de 7 ans, elle contracta une pleurésie grave qui rendit longtemps sa santé précaire. De ce fait, elle fréquenta peu l'école et, bien que considérée comme une bonne élève, elle ne possède qu'une instruction rudimentaire. Dès l'adolescence, son déséquilibre mental se manifesta ; elle était tantôt trop gaie, tantôt trop triste. Elle se montrait instable, souvent oisive. A 19 ans, elle s'est mariée, mais son mari, peu de temps après, est parti pour l'Allemagne et depuis lors n'a plus donné signe de vie. Elle avait eu de lui un enfant. Il semble qu'il y eut là un choc affectif qui a déclenché des phénomènes vraiment pathologiques. Elle mène dès lors une vie étrange. Elle abandonne sa famille, fait de nombreux déplacements. Elle a des troubles de la conduite et a accouché d'un enfant il y a quelques mois. Les bizarreries de son comportement, ses récits imaginaires et extravagants éveillent la suspicion des autorités allemandes qui l'arrêtent et abandonnent ensuite toute poursuite, ayant reconnu son état pathologique. Elle vient à Paris où, à la suite de circonstances qui nous sont mal connues, elle est hospitalisée à la Salpêtrière d'où elle nous arrive. Depuis que nous l'observons, elle présente un de ces états mentaux complexes difficiles à classer qui s'apparentent à la manie,

au déséquilibre et à la schizophrénie. Sous un premier aspect, on peut noter sa loquacité, sa volubilité même, lorsqu'on l'interroge, l'éveil de son attention, la mobilité de son humeur, son enjouement parfois, son activité de jeu, son instabilité. Sous un autre angle, on constate des signes schizophréniques évidents : elle s'isole, n'adresse pas la parole à ses compagnes, devient parfois opposante et franchement hostile sans raison apparente. Le cours de ses idées est trouble. Il faut signaler surtout son autisme, son affaiblissement affectif et pragmatique ; elle se désintéresse de ses parents et de ses enfants, refuse de demander de leurs nouvelles ; elle ne s'inquiète nullement de son sort et ne songe pas à quitter l'asile.

Cet état mental enchevêtré s'accompagne d'un délire qui tient à la fois du délire imaginatif, du délire polymorphe, du délire paraphrénique et du délire paranoïde. Elle a des hallucinations psychiques, auditives et cénesthésiques. On lui fait de la transmission de pensée ; on l'injurie, mais on la renseigne aussi et on l'avertit ; on lui fait subir des tourments dans son esprit et dans son corps à l'aide de machines électriques. Elle a de fausses reconnaissances multiples. Ses idées délirantes sont très variées : idées de filiation, de grande vanité, de grandeur, d'érotisme, d'influence, de persécution. Elle est la fille de l'ancien Roi de Belgique, elle a été enlevée dans son enfance par des bohémiens. Elle a voyagé dans tous les pays, fréquentant la plus haute société. Elle est informée de tout ce qui se passe dans le monde. On a tenté de l'empoisonner. Ces thèmes délirants sont dépourvus d'explications, de cohésion. Ils apparaissent parfois incohérents et ne déterminent pas toujours des réactions affectives adéquates.

Mais le symptôme le plus intéressant est la glossolalie qui s'intègre d'ailleurs dans le délire et dans laquelle on retrouve les thèmes délirants. La malade s'exprime habituellement en français en affectant un accent étranger, mais on déclenche facilement sa glossolalie dès qu'on fait allusion à ses dons polyglottiques. Elle improvise extemporainement un langage presque exclusivement composé de syllabes. On y décèle cependant quelques mots étrangers déformés et parfois un essai de construction grammaticale. Elle prétend parler à volonté toutes les langues anciennes et modernes et même un français nouveau, le seul véritable d'après elle, fort différent de notre idiome habituel. Dès qu'on lui demande de s'exprimer en un idiome différent, elle apporte des variations, des adaptations appropriées dans l'émission, dans le ton, dans la terminaison des mots. En réalité, il n'y a que des changements peu marqués et assez puérils. Il est extraordinaire toutefois de constater avec quelle facilité, quelle rapidité, quelle volubilité elle lance ses vocables néoformés. Elle peut parler ainsi pendant de nombreuses minutes sans manifester la moindre recherche, la moindre hésitation. On a l'impression d'une gymnastique qui a dû demander un long entraînement. Si nous lui demandons de traduire en français, elle se dérobe le plus souvent. Elle est persuadée que nous connaissons quel-

qu'une au moins des langues qu'elle parle, et que nous la comprenons parfaitement. Si l'on s'adresse à elle en un idiome étranger ou inventé, elle répond du tac au tac comme si elle avait réellement saisi le sens. Elle prétend être capable aussi d'écrire dans toutes les langues, mais, en fait, elle se contente de couvrir le papier de signes graphiques très peu variés qui rappellent la sténographie. En somme, il semble que l'on soit en présence surtout d'un jeu syllabique, dénué de sens, d'une aglossomanie, selon l'expression de Cénac. Et cependant plusieurs constatations vont à l'encontre de cette opinion. La malade s'irrite sincèrement si l'on déclare que son langage n'a pas de signification et est incompréhensible. Lorsqu'on l'observe plus longuement, on arrive à croire qu'elle poursuit un récit, une démonstration, un processus idéatif. Sa mimique fort expressive et variée semble répondre à des sentiments qu'elle voudrait exprimer. Nous avons parfois l'illusion de suivre sa pensée. Nous sommes évidemment guidés par ses jeux de physionomie, ses gestes, la tonalité de sa voix. Si ce défilé syllabique est en lui-même vide de sens, du moins est-il soutenu par des intentions affectives et intellectuelles. Ainsi cette glossolalie est originale non seulement par sa rareté, mais par le type spécial qu'elle représente.

Un cas de maladie de Pick,
par MM. X. ABÉLY, LEROY et SUTTEL.

Nous vous présentons un cas de maladie ou de syndrome de Pick qui montre quelques traits particuliers. Certes, les observations de cette « démence spéciale » se sont multipliées et ne constituent plus une rareté. Cependant le tableau clinique n'est pas encore nettement fixé ou du moins on ne sait pas exactement encore la valeur relative qu'il faut attribuer à tous les symptômes décrits. C'est pourquoi il ne nous a pas paru inutile d'apporter un nouveau document à cette étude. Notre diagnostic, d'ailleurs provisoire en l'absence d'une vérification anatomique, n'est pas basé seulement sur l'observation clinique mais sur une constatation objective. M. J.-F. Buvat a bien voulu pratiquer, dans le service de neuro-chirurgie du D^r Puech, une encéphalographie gazeuse qui a montré une atrophie frontale très importante.

OBSERVATION. — La maladie évolue depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 50 ans. Elle a suivi une marche lentement progressive. L'entourage a surtout remarqué les lacunes de plus en plus étendues de la mémoire. La malade n'a présenté aucun ictus. Il n'y a aucun signe d'une lésion nerveuse localisée, aucun signe d'artériosclérose. Les réactions humérales sont normales. La malade n'a aucun antécédent psychopathique ; on ne remarque pas de sénilisation physique précoce.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence d'initiative, de spontanéité. La malade reste toute la journée immobile et muette. Sans incitation elle n'exécute aucun acte. On doit la stimuler et l'aider souvent pour s'habiller et pour manger. Au repos, la vie psychique intérieure paraît extrêmement réduite sinon nulle. La mémoire est très touchée. La malade ne peut indiquer son âge, son domicile, son métier, sa situation de famille. Il lui est même souvent impossible de donner son nom. L'attention est plus profondément atteinte encore. Elle ne peut se concentrer, se fixer et dévie rapidement. Aucune opération psychique un peu complexe ne peut être poursuivie. Le phénomène de la persévération est extrêmement marqué. Enfin la triade, aphasie, apraxie, agnosie, se manifeste au grand complet, sous toutes ses formes. Dans les épreuves auxquelles nous la soumettons, la malade fait cependant un réel effort de compréhension ou d'exécution. Lorsqu'elle échoue, elle paraît se désoler ou s'irriter, à la façon des aphasiques moteurs. Si elle réussit, elle a par contre un sourire de satisfaction. Notons à ce propos qu'une mimique assez active est conservée, sans qu'on puisse affirmer qu'elle réponde à un état affectif précis. La malade a même gardé un vernis d'affabilité et de politesse, quelque peu stéréotypé d'ailleurs.

Parmi les symptômes négatifs nous devons signaler encore l'absence de « palilalie » et d'« écholalie ». Nous n'entrerons pas dans le détail de l'examen méthodique classique de l'aphasie, de l'apraxie et de l'agnosie que nous avons pratiqué. On constate la généralisation de ces troubles. Ils sont aussi manifestes dans les épreuves simples que dans les épreuves complexes qui montrent en outre l'importance de la persévération et la dispersion de l'attention. Toutefois l'apraxie paraît plus marquée que l'agnosie ; dans l'apraxie les mouvements intransitifs sont plus difficiles que les mouvements transitifs ; la lecture est mieux conservée que l'écriture.

On observe surtout un fait remarquable : c'est l'extrême variabilité des résultats obtenus. A certains moments les échecs sont constants ; la malade paraît complètement inhibée. A d'autres moments, les réussites, au contraire, sont fréquentes, même dans quelques épreuves assez compliquées. La question qui était restée sans réponse quelques instants auparavant est satisfaite brusquement alors qu'une autre demande est déjà formulée ; elle jaillit tout à coup avec aisance. On a l'impression nette, signalée pour de nombreux aphasiques, de l'opposition entre les phénomènes commandés, volontaires et les phénomènes automatiques. Les synthèses anciennes et fixées et les automatismes de compréhension et d'exécution paraissent conservés. Si l'activité psychique peut se réaliser sous forme réflexe, si l'on fait appel aux automatismes, si le courant se rétablit entre le psychisme et les activités montées d'avance, frayant soudain une voie à la pensée, l'épreuve devient correcte. D'autres fois, la malade répond à la demande de dénomination de l'objet en montrant son usage. Pour mieux écrire un mot elle le répète tout bas. Il semble que le plan

de l'acte général ou verbal et même le langage intérieur soient parfois présents. Mais souvent le plan se disloque et s'évanouit après des essais de réalisation. Dans les moments favorables, la malade paraît comprendre la plaisanterie et aussi se rendre partiellement compte de sa situation. Nous devons signaler encore un fait intéressant : la malade est capable d'acquiescer de nouvelles habitudes. Par exemple, elle se rend seule aux W.-C. qui sont éloignés de son lit et assez difficiles à découvrir. Elle en revient seule, mais toujours par le même chemin. Si l'on trouble son itinéraire, elle ne peut plus retrouver son lit. En somme, il semble que la « démence » soit moins profonde qu'elle ne le paraît objectivement.

Ces constatations nous ont paru dignes d'être notées dans cet état déjà avancé de déchéance mentale qui évolue lentement vers une réduction de plus en plus marquée du « psychisme ».

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Il faut insister sur l'intérêt de l'encéphalographie dans ces cas. Il y a une correspondance, semble-t-il, entre le tableau clinique et la prédominance de l'atrophie. Dans le cas présent, les lésions sont très diffuses. Nous montrerons tout à l'heure une forme à prédominance pariéto-occipitale.

M. GUIRAUD. — Il est difficile de se baser sur les lésions macroscopiques. Ces lésions sont certainement diffuses. Non seulement elles sont corticales, mais elles intéressent les noyaux gris centraux. On peut donc difficilement préjuger par l'encéphalographie de symptômes qui tiennent plus à des lésions anatomiques qu'à l'atrophie véritable, lésions, au surplus, d'importance variable selon l'hémisphère.

M. MARCHAND. — Je m'associe aux réflexions de MM. Delay et Guiraud. Dans les cas de maladie de Pick que j'ai pu examiner au point de vue microscopique, les lésions corticales sont extrêmement accusées, même dans les zones cérébrales qui ne paraissent pas macroscopiquement le siège d'une atrophie localisée. Souvent les lésions microscopiques sont les mêmes que celles que l'on note dans la maladie d'Alzheimer (affection dans laquelle on ne note pas macroscopiquement de zones particulièrement atrophiées). De sorte que je me demande si on ne doit pas considérer la maladie d'Alzheimer comme une maladie de Pick dans laquelle il y a macroscopiquement des zones cérébrales atrophiées.

M. X. ABÉLY. — Il faut tout de même retenir qu'en cas d'apraxie prédominant sur l'agnosie, comme c'est le cas ici, il y a prédominance des lésions frontales.

Etat confuso-onirique après intoxication par le haschich, avec auto-dénonciation d'assassinat fictif, par MM. J. DELAY, MAILLARD et GENDROT.

Outre son intérêt pittoresque, le malade que nous présentons aujourd'hui nous paraît présenter un triple intérêt : médico-légal, psychiatrique et psychologique.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un garçon de 20 ans qui fut interné dans les conditions suivantes :

Le soir du 19 avril il rencontra, dans un bar, des Algériens qui lui offrirent des feuilles de haschich. Rentré chez lui, boulevard Ornano, vers 10 heures du soir, il roula ces feuilles et les fuma.

A partir de ce moment va se dérouler pour lui toute une série d'événements dont il ne pourra plus dire, autrement que par des recoupements ultérieurs, s'il s'agit de créations oniriques ou de faits réels, tant le rêve et la réalité sont intimement intriqués.

En effet, après avoir fumé la cinquième cigarette de haschich, il s'endort et rêve qu'il est au « Ciel », cabaret de Montmartre, entouré de jeunes femmes aussi familières que légèrement vêtues. Puis il se retrouve rue St-Denis, entrant dans un hôtel avec une prostituée et pénétrant dans une chambre dont il se rappelle la tonalité rose. Bientôt il se retrouve de nouveau dans la même rue et pénétrant, seul cette fois, dans un autre hôtel, situé presque en face du précédent, pour y passer la fin de la nuit. A 6 h. 1/2 du matin, il se voit prendre l'autobus SS 66 pour se rendre à Gennevilliers où habitent sa mère et son beau-père, sa mère s'étant remariée il y a quelques années. Il arrive chez ses parents, remarque que les portes sont ouvertes, ce qui l'étonne, connaissant les habitudes de prudence de sa mère, et pénètre dans la maison. A ce moment, entendant son beau-père qui descend l'escalier, il se dissimule dans un coin d'ombre, attend que celui-ci passe à sa portée, et le prenant à la gorge, l'étrangle. Il se retrouve alors de nouveau, vers une heure de l'après-midi, près de la rue St-Denis où, abordant un agent, il lui déclare qu'il vient d'étrangler son beau-père. Il se voit ensuite au commissariat de police et se souvient assez bien du visage du commissaire, de ses lunettes d'écaille et de l'air bourru du secrétaire ; puis il se retrouve à l'Infirmerie spéciale et enfin à Sainte-Anne.

Dans cette série de faits qui ont tous pour lui l'apparence de la réalité et qu'il rapporte souvent avec un grand luxe de précisions, où finit le rêve et où commence la réalité ? Comme le prouva rapidement l'enquête, la réalité ne commence heureusement qu'après la scène d'assassinat qui, elle, reste du domaine du rêve.

Mais que s'est-il passé entre le moment où il s'endormit boulevard Ornano vers 10 heures du soir et le moment où il se constitua prisonnier

aux environs de la rue St-Denis, le lendemain vers une heure de l'après-midi ?

Après s'être endormi boulevard Ornano, il fit ce rêve érotique que nous avons déjà signalé, puis sortant de chez lui il déambula le long du boulevard Barbès, ne conservant d'ailleurs aucun souvenir de cette déambulation, jusqu'à ce qu'une prostituée l'entraîne dans un hôtel de la rue St-Denis dont il ressortit quelques instants après pour finir seul la nuit dans un hôtel voisin du précédent. C'est dans ce deuxième hôtel qu'il fit le cauchemar au cours duquel il rêva la scène d'assassinat ; et c'est en sortant de cet hôtel, le lendemain vers une heure de l'après-midi, qu'il se dénonça comme meurtrier.

Dans cette histoire on trouve donc un premier épisode onirique à thème érotique auquel succède un état crépusculaire essentiellement marqué par un accès d'automatisme ambulateur, puis un deuxième épisode onirique à thème de meurtre auquel succède un nouvel état crépusculaire moins profond que le précédent et de plus en plus atténué, au cours duquel a lieu l'auto-dénonciation.

DISCUSSION. — Du point de vue médico-légal cette observation est intéressante à un triple point de vue :

Elle montre tout d'abord de façon particulièrement nette deux des principaux caractères de l'intoxication par le haschisch sur lesquels insistèrent tous ceux qui après Moreau (de Tours) ont essayé cette drogue :

l'évolution par poussées de cette intoxication qui semble procéder par épisodes confuso-oniriques successifs ;

la netteté et la richesse des faits oniriques qui deviennent après le réveil difficiles à distinguer des faits réels.

Elle met également en évidence, de façon presque schématique, les deux pôles entre lesquels oscille le rêve du haschischin : le bonheur ou la volupté d'une part, l'impulsion homicide ou au moins l'impulsion violente d'autre part, dont la fréquence est telle, au cours de cette intoxication, qu'elle donna par altération du mot haschischin le terme d'assassin.

Enfin il est intéressant de noter cette réaction d'auto-dénonciation qu'a présentée notre malade car elle paraît tout à fait exceptionnelle dans ces cas. Sans doute faut-il voir là le résultat de la faiblesse relative de l'intoxication qui produisit bien l'impulsion homicide, mais seulement à l'état imaginaire sans aucune réaction violente, la faiblesse de cette intoxication tenant à ce que notre malade utilisa des feuilles sèches et non l'extrait de haschisch qui, lui, conserve intact son pouvoir toxique pendant plusieurs années.

Au point de vue psychiatrique, cette observation est également intéressante à deux points de vue :

D'une part en raison de l'amnésie lacunaire incomplète ; entre le début du rêve érotique et la reprise complète de conscience à l'infirmerie spéciale s'est développé un état confuso-onirique au cours duquel certains faits ont été mémorés alors que d'autres, infiniment plus importants, paraissent n'avoir même pas été fixés. C'est ainsi que notre malade qui se rappelle la couleur du papier de la chambre du premier hôtel, qui se souvient assez bien de la physionomie de la prostituée et de multiples autres détails, n'a absolument aucun souvenir de sa déambulation boulevard Barbès ni, surtout, de l'alerte qui eut lieu cette nuit-là, cette amnésie considérable étant d'ailleurs un des motifs de son envoi à l'infirmerie spéciale par le commissaire. Dans ce trou mnésique où des faits importants sont totalement oubliés, certains souvenirs surnagent, ceux-ci ayant tous une valeur affective particulière qui les rattache aux créations oniriques, ces souvenirs ne surnageant sans doute dans la mémoire que dans la mesure où ils sont liés à celles-ci. Tout ce qui est sans rapport avec le rêve érotique où la scène de l'assassinat paraît n'avoir même pas été fixé. Par contre, tout ce qui, dans la réalité, se rapporte à ces deux rêves, a été fixé et mémoré. On peut donc dire qu'il s'agit ici d'une amnésie incontestablement lacunaire mais aussi thématique, au moins jusqu'à un certain point.

D'autre part cet état crépusculaire présente un intérêt diagnostique : s'il n'est pas douteux qu'il soit secondaire à l'intoxication par le haschisch, le diagnostic de comitialité pouvait néanmoins se poser chez ce malade qui fut en effet réformé récemment pour épilepsie. En raison de ses caractères, cet état crépusculaire pouvait être légitimement considéré comme un équivalent épileptique. Mais ce diagnostic ne peut cependant être retenu car l'épilepsie signalée sur les pièces de réforme fut indiscutablement simulée par ce malade dans des conditions sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Au point de vue psychologique enfin, cette observation, avec son épisode d'assassinat du beau-père, permettrait sans doute aux psychanalystes d'affirmer qu'il existe chez ce malade une haine inconsciente vis-à-vis de celui-ci, haine extériorisée grâce au haschisch.

Mais cette observation montre également, par l'étude des antécédents de ce malade, qu'il existe chez lui une sorte de prédisposition, de terrain favorable à l'apparition de ces manifestations

toxiques. Vivant seul depuis l'âge de 13 ans, sa vie est en effet marquée du cachet d'un certain déséquilibre avec instabilité et tendances mythomaniaques qui transparaissent dans cette réforme pour épilepsie simulée. Mais il faut insister surtout sur cette espèce de plasticité mentale, si fréquemment retrouvée chez ce type d'individu, grâce à laquelle il s'adaptent sans difficulté aux situations les plus étranges, plasticité qui explique peut-être ici pour une bonne part la persistance et l'intensité de la croyance aux phénomènes oniriques et en particulier à la scène de l'assassinat, croyance qui est à la base de l'auto-dénonciation.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Je ne serais pas étonné que ce sujet eût fait également quelques excès éthyliques. Les auto-dénonciations sont d'ailleurs fréquentes également dans les cas de délire alcoolique.

Broncho-pneumonies hémorragiques complications fréquentes du délire aigu, par MM. P. GUIRAUD et H. SAUGUET.

En 1938, Guiraud et Saune ont émis l'hypothèse d'une pathogénie diencéphalique de la plupart des symptômes du délire aigu. Ils ont ainsi décrit, sous forme de syndrome tubérien, l'agitation ressemblant à la pseudo-rage des auteurs américains, l'atteinte de l'instinct d'alimentation, l'oligurie, l'azotémie extrarénale. Reste l'hyperthermie, pour ce dernier symptôme on pourrait également invoquer une origine nerveuse. Cependant, la présence habituelle d'hyperleucocytose, de 18 à 22.000, leur a fait penser que dans la plupart des cas, la fièvre devait être non d'origine nerveuse, mais d'origine infectieuse. Ce point de vue s'accorde avec le fait que dans beaucoup de délires aigus on constate au moins à la période terminale des complications indiscutablement infectieuses, qui peuvent être attribuées à une exaltation de la virulence des bactéries habituellement pathogènes. Cette période infectieuse terminale qui n'est pas la règle mais qui est cependant assez fréquente dans le délire aigu doit être considérée comme microbisme de sortie, dont la constatation est classique dans un certain nombre de maladies, particulièrement de maladies à virus filtrant, telle que la grippe. De ces complications du délire aigu par microbisme de sortie, la plus importante est sans aucun doute la broncho-pneumonie congestive et hémorragique, qui d'ailleurs ressemble beaucoup à celle de la grippe.

Nous désirons attirer l'attention sur les caractères cliniques anatomo-pathologiques de ces broncho-pneumonies. Dans les cas le plus typiques, la broncho-pneumonie survient chez une malade présentant tous les symptômes du délire aigu, mais sans fièvre. Les signes de l'apparition d'un foyer pulmonaire coïncident avec l'hyperthermie. En voici deux exemples :

OBSERVATION I (*résumée*). — M... Jeanne, 24 ans. Début des troubles en janvier 1944. Ils semblent consécutifs à un choc affectif important. A cette époque, Jeanne M... reçoit des lettres d'une Allemande lui demandant de renoncer à son fiancé qui se trouvait en Allemagne comme travailleur. Elle présente alors un état dépressif avec des périodes d'excitation psychique (danse, chants, rires, loquacité).

Elle s'alimente et dort normalement. En février apparaissent des épisodes oniriques au cours desquels elle voit un homme se transformant en singe. Son état s'aggrave rapidement et l'on note l'apparition d'un épisode confusionnel avec agitation marquée nécessitant le transfert à l'hôpital Tenon, d'où elle est envoyée à l'hôpital Henri-Rousselle, puis à Sainte-Anne.

A l'entrée dans le service, le 9 mars, on note : obtusion intellectuelle, désorientation temporo-spatiale, expression d'égarement, prostration, adynamie, semi-mutisme, phases d'excitation avec opposition, refus d'aliments, sécheresse des muqueuses, état saburral des voies digestives, oligurie, somnolence, apyrexie. L'examen neurologique et viscéral ne montre rien d'anormal : pouls 92. Tension artérielle 10-6.

Le 11 mars : l'état mental est inchangé. Légère submatité des bases sans signes stéthacoustiques. Température : 38°6. Urée : 5 gr. 15.

Le 13 mars : amélioration légère de l'état confusionnel. Déshydratation moins marquée, cependant faciès plombé.

Submatité des deux champs pulmonaires, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles fins après la toux. Urée sanguine : 3 gr. 10. Température : 37°.

14 mars : foyer broncho-pneumonique à droite. Hyperthermie à 38°6. Aggravation de l'état mental et de l'état général.

17 mars : après une nouvelle chute, la température remonte ; on note l'apparition d'une expectoration purulente.

Etat très grave. Urée sanguine : 3 gr. 40, et dans le liquide céphalo-rachidien : 4 gr. 32. Décès avec hyperthermie à 40°2.

OBSERVATION II (*résumée*). — S... Elisabeth, 41 ans, est internée le 25 février 1942 pour un état confusionnel succédant à une période de dépression motivée par le départ de son mari en Allemagne. L'on voit apparaître progressivement les signes du délire aigu : confusion profonde, agitation marquée, anorexie, vomissements, amaigrissement, oligurie, urée 0,65. Température à 38° pendant quelques jours. Absence de signes pulmonaires.

L'état général s'améliore légèrement sous l'effet de la thérapeutique habituelle. Cependant, le douzième jour, la température s'élève à 38°2 et l'on note l'apparition d'un foyer broncho-pulmonaire gauche. Urée : 1 gr. 30. La température oscille pendant 4 jours entre 38° et 40°. La broncho-pneumonie est nette malgré le traitement sulfamidé institué. Le décès se produit le cinquième jour.

Dans certains cas, l'aspect clinique de ces broncho-pneumonies rappelle l'infarctus pulmonaire.

OBSERVATION III (résumée). — V... Sarah, 37 ans, entre dans le service en état de confusion intense, refus d'aliments, hyperthermie, urée élevée (1 gr. 30), etc..., tous symptômes qui font porter le diagnostic de délire aigu.

Au bout de quelques jours, l'état mental s'améliore, mais l'état général, par contre, s'aggrave, la température s'élève à 39° en même temps qu'apparaît un foyer pneumonique à la base droite. Les jours suivants, une expectoration sanglante, noirâtre vient confirmer le diagnostic d'infarctus. Dix jours plus tard, on note une otite. Malgré ces deux complications, la malade guérit. Signalons que 4 ans auparavant la malade avait fait un séjour d'un mois à l'hôpital Henri-Rousselle pour un délire aigu.

Le début semble brusque, quelquefois foudroyant ; l'expectoration est véritablement sanglante, la fièvre, l'absence de toute autre cause montrent qu'il s'agit d'un infarctus d'origine infectieuse.

A l'autopsie, on s'explique facilement les symptômes ; les poumons présentent des foyers volumineux de congestion rouge vif avec çà et là de minuscules zones purulentes.

Dans les régions les plus atteintes, les lésions sont très variables ; tantôt les alvéoles pulmonaires sont remplis de fibrine, comme dans la pneumonie, d'autres fois, ils sont gorgés de globules rouges intacts ou en voie de dégénération avec nombreux dépôts de pigments ferriques. Dans d'autres régions, l'alvéolite est suppurée et constituée par des masses de polynucléaires avec parfois des amas de bactéries, presque toujours des streptocoques. Les petites bronches sont également farcies de polynucléaires et aussi de masses microbiennes.

La démonstration qu'il s'agit parfois d'une véritable septicémie peut être donnée par la constatation de bactéries que l'on voit dans le sang circulant des vaisseaux des méninges par exemple.

Il est surprenant que les hémocultures ne donnent pas des

résultats plus souvent positifs, cela tient d'après nous au fait que la généralisation des microbes par voie sanguine ne se produit qu'à la période tout à fait terminale, au moment où l'intérêt de l'hémoculture est moindre.

Le pronostic de ces broncho-pneumonies congestives est fort grave, mais pas toujours mortel. Nous avons un certain nombre de malades qui ont guéri complètement. Cependant la plupart du temps cette complication est fatale.

Le traitement pose au médecin des problèmes délicats. Il est extrêmement tentant d'utiliser la sulfamidothérapie, mais avec des azotémies entre 3 et 5 gr. associées à une oligurie qui quelquefois est un véritable anurie, on hésite à employer des doses suffisantes. Dans l'observation 1 nous avons essayé la sulfamidothérapie sous forme de soludagénan, la malade n'absorbant rien par la bouche, mais l'importance de l'azotémie et de l'oligurie nous a fait supprimer, peut-être à tort, la sulfamidothérapie.

Nous présentons à la société des préparations histologiques de trois cas de broncho-pneumonies congestives dans le délire aigu.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Dans les lésions de cet ordre, on rencontre surtout le streptocoque, plus rarement le pneumocoque. Jusqu'à présent les hémocultures ont toujours été négatives. Peut-être s'agirait-il d'un streptocoque hémolytique. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Démence aphaso-agnoso-apraxique. Atrophie à prédominance pariéto-occipitale bi-latérale révélée par la pneumo-encéphalographie, par MM. Jean DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX.

Dans une précédente observation nous avons étudié les troubles du langage d'apparence aphasique au cours d'une atrophie frontale qui pouvait être rapportée à une maladie de Pick. La malade que nous présentons, bien qu'elle entre dans la même catégorie, se distingue de la première par des particularités symptomatologiques qui paraissent correspondre à une répartition anatomique différente des lésions.

OBSERVATION. — Mme B..., âgée de 46 ans, est atteinte d'un état démentiel apparu progressivement depuis 1934.

La mère de la malade était démente quand elle mourut à 70 ans ; elle avait une hypertrichose du menton identique à celle que présente Mme B..., caractère qui peut avoir une valeur génétique. Une

tante maternelle est décédée à 57 ans dans un état démentiel identique à celui de la malade. Des oncles maternels auraient présenté des anomalies mentales non précisées. Le facteur hérédodégénératif habituellement signalé paraît ici évident dans l'ascendance maternelle.

Le début des troubles, en 1934, est marqué par des manifestations oniriques visuelles de caractère funèbre et de brève durée apparues à deux reprises à l'occasion d'un deuil. A partir de ce moment, on note un affaiblissement intellectuel progressif marqué par un désin-



térêt et une incurie croissants. En 1935, après une grossesse qui avait paru stabiliser l'évolution, l'affection s'aggrave, la malade devient à la fois indifférente, anxieuse et irritable. En 1942, l'affaiblissement intellectuel est considérable, accompagné de troubles phasiques : oublis de mots ; de troubles gnosiques : impossibilité de reconnaître le goût des aliments qu'elle avale gloutonnement bien qu'ils soient brûlés, amers ou salés ; et de troubles praxiques : elle ne peut s'habiller seule, et à table elle ne peut déplacer sans aide son assiette pour la mettre correctement devant elle-même. Elle est alors examinée par MM. Guilly et Buvat qui écartent après ventriculographie toute suspicion de tumeur cérébrale et font le diagnostic de maladie de Pick.

En 1944, Mme B... doit être internée et entre à la Clinique de la Faculté. A l'examen, on constate un état démentiel très profond accompagné de subexcitation psychomotrice. Les troubles du langage dominent le tableau clinique.

Spontanément la malade parle. Elle se répand en protestations et en récriminations perturbées par une énorme jargonaphasie. C'est un bredouillement de syllabes explosives souvent répétées. Les itérations de mots et de syllabes produisent une véritable palilalie avec tachyphémie paroxystique. L'intonation est stéréotypée, chaque phrase est énoncée sur un ton alterné d'impatience et de plainte. L'écholalie déclenche souvent les propos de la malade. L'articulation verbale est très troublée, les mots sont déformés par contraction, répétition et substitution de syllabes. Ces troubles augmentent avec la fatigue qui détermine rapidement de l'intoxication par le mot. La syntaxe, comme la valeur sémantique des phrases, est profondément altérée. La compréhension auditive verbale est conservée pour les ordres simples.

L'examen desgnosies visuelles montre un trouble particulier. La malade reconnaît un objet isolé, le nomme, mais elle ne le reconnaît plus lorsqu'il se trouve dans un groupe d'objets. Elle se comporte alors comme une agnosique visuelle donnant l'impression de ne pas voir. En effet, il semble que chez elle on observe le trouble de l'excursion du regard décrit par Kleist, et la difficulté qu'elle manifeste quand on lui fait fixer un nouvel objet semble également ressortir à l'« adhérence du regard » de l'agnosie de Balint. Du même ordre est le trouble de la localisation spatiale dans le champ du regard qui apparaît chez elle dans la préhension d'un objet, sa main erre et se referme avant de le saisir. Il faut en rapprocher une certaine difficulté de l'orientation, la malade cherche vainement la porte quand elle veut sortir d'une pièce.

Ces troubles gnosiques particuliers se retrouvent dans le domaine visuel verbal. La reconnaissance des lettres isolées est à peu près correcte, mais une lettre ne peut être désignée dans le corps d'un mot. La lecture d'un texte est remplacée par une paralexie jargonaphasique, mais un mot isolé peut être peu déformé. Si le mot est figuré sur un fond rayé selon l'épreuve de Gelb et Goldstein, toute lecture même déformée est impossible.

L'hypothèse d'un trouble de la fonction de dissociation des ensembles, au sens de la Gestalt, rend compte des particularités des troubles gnosiques de notre malade. Elle peut encore reconnaître un objet isolé ou une forme globale, mais il lui est impossible de reconnaître dans un ensemble d'objets ou de lettres les éléments qui le constituent.

Lesgnosies du goût et peut-être de l'olfaction semblent troublées. Il existe une astéréognosie bilatérale avec absence de troubles importants de la sensibilité tactile.

Dans le domaine praxique, on note une apraxie idéatoire et idéomotrice qui se précise avec le degré de complication des actes. La malade présente une agraphie absolue, elle est incapable d'écrire ou de figurer une forme géométrique très simple. L'énorme maladresse des gestes paraît être en rapport avec les troubles de la localisation déjà signalés.

L'examen neurologique des autres fonctions est négatif, en particulier l'examen oculaire objectif est normal, mais il est impossible de préciser s'il existe une altération du champ visuel. D'autre part, la malade présente une hypertrichose du menton, la tension artérielle est à 15-9, la glycémie à 0,80.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire montre une atrophie diffuse prédominant en trois points : au niveau du lobe occipital et de la région postérieure du lobe pariétal où elle est particulièrement marquée, et accessoirement sur le lobe frontal.

L'électro-encéphalographie (D^r A. Lérique) montre des altérations fonctionnelles concordant avec les images atrophiques. En dérivation pariétale et occipitale le tracé montre l'absence d'ondes α , ce qui traduit une suppression du rythme bio-électrique à ce niveau. En dérivation frontale le rythme α est très altéré.

L'observation de cette malade montre bien que les atrophies cérébrales peuvent avoir une symptomatologie variant selon leurs localisations. Bien que les lésions histologiques puissent atteindre des territoires macroscopiquement intacts, la prédominance anatomique et fonctionnelle révélée par l'encéphalographie et l'électroencéphalographie semble bien se traduire par une symptomatologie correspondante. Elle confirme que les troubles du langage peuvent se présenter, en fonction de cette localisation, comme un déficit global qui s'accompagne ou non d'altérations instrumentales du type des apraxies et des agnosies verbales.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — En somme, le diagnostic actuel, chez cette malade, est, selon les auteurs, celui de maladie de Pick. Il sera intéressant de suivre l'évolution du cas. Actuellement la tendance est de présenter surtout des maladies de Pick ; on présente beaucoup moins de maladies d'Alzheimer. Il serait pourtant désirable que ces dernières soient montrées à la Société.

M. GUIRAUD. — S'il en est ainsi, c'est sans doute que la maladie d'Alzheimer est plus connue que la maladie de Pick. Surtout, il semble bien que la symptomatologie de cette dernière soit loin d'être univoque.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 22 Mai 1944

Présidence : M. André BARBÉ, ancien président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 24 avril est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend une lettre de MM. les D^{rs} CARRETTE et GISCARD qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

La Société a reçu, en outre, un exemplaire du *Recueil des travaux de l'Institut National d'Hygiène* (tome I, volume 1^{er}). Cet ouvrage comprend, entre autres travaux, des documents sur l'organisation de la statistique médicale des hôpitaux psychiatriques, ainsi que des statistiques et des considérations sur la fréquence des psychoses alcooliques de 1900 à 1942.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Jean Delay au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, Henri CLAUDE et Jear DELAY, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. RISER	24 voix, élu.
Bulletins blancs ou nuls	1

M. le Docteur RISER, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Epilepsie tardive avec troubles mentaux consécutive à une leptoméningite chronique, par MM. E. MARTIMOR et J. MORICE

Le cas d'épilepsie tardive que nous vous présentons est survenu chez une femme de 49 ans. L'évolution clinique d'une part, et d'autre part les lésions anatomiques constatées par la suite, nous ont permis d'établir les causes probables des crises convulsives et des troubles mentaux présentés par notre malade.

OBSERVATION. — Mme R..., 51 ans, entre à l'Hôpital de Maison-Blanche le 16 janvier 1943. C'est une malade paraissant plus vieille que son âge et atteinte d'une cyphoseoliose très prononcée ainsi que de troubles dystrophiques au niveau des genoux et des pieds. A l'examen neurologique, on trouve simplement une ébauche d'extension à la recherche du réflexe cutané plantaire droit. Son appareil cardio-vasculaire paraît normal, sa tension est de 12-6 1/2 au Vaguez. Les poumons sont normaux ainsi que les autres appareils. Taux de l'urée sanguine : 0,38 0/00 ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang ; liquide céphalo-rachidien normal. Une enquête sociale pratiquée par la suite a révélé que Mme R... avait, depuis deux ans, environ chaque mois, des « vomissements de sang » à la suite desquels elle était obnubilée, désorientée et se conduisait d'une façon extravagante circulant dans la maison en chemise, criant et ameutant les voisins. La concierge se chargeait de la calmer, de la faire rentrer chez elle. Ces troubles duraient un ou deux jours, puis tout rentrait dans l'ordre. Habituellement la malade se comportait normalement, se montrait aimable, conciliante, capable de gérer avec intelligence ses intérêts. Le dernier de ces accès d'agitation confusionnelle, survenu le 25 décembre 1942, plus violent et plus prolongé que les précédents, avait motivé l'internement.

A son entrée à Maison-Blanche, Mme R... est un peu désorientée, l'idéation est ralentie, les souvenirs imprécis. Elle éprouve un sentiment d'étrangeté, d'irréalité du monde extérieur, a l'impression que « tout est un film ». Amnésie des circonstances de l'internement.

Huit jours après son admission, soit le 23 janvier 1943, la malade présente une crise typique d'œdème aigu du poumon, sa tension est alors de 19-12. Une saignée pratiquée aussitôt fait cesser la dyspnée. On voit disparaître en même temps les troubles du comportement et la confusion mentale.

Le 8 février, la malade, qui, depuis la veille, est redevenue turbulente et irritable, fait une crise d'épilepsie typique : chute, perte de

connaissance, secousses cloniques de la tête, bave sanguinolente, stertor, puis obnubilation et amnésie. — L'examen montre un signe de Babinski à droite, sa tension est à 18,5-12. Elle présente ensuite un état de confusion mentale net et des troubles du comportement analogues à ceux dont l'apparition intermittente avait été signalée avant l'internement : actes extravagants, colères bruyantes, impéranisme. Un examen oculaire fait à cette période montre un fond d'œil normal. — Un traitement par le gardénal est institué (30 centigr. par jour).

Le 10 février, elle présente de nouveau trois crises convulsives, la dernière s'accompagnant de perte des urines et de morsure de la langue. Quelques jours après, elle redevient normale : les troubles de l'humeur et la confusion mentale ont complètement disparu ; la malade se montre aimable, enjouée, sans autre trouble intellectuel que l'amnésie des paroxysmes comitiaux. Le 3 mars, la tension est normale : 15-7 au Vaquez.

Le 10 mars, crise convulsive semblable aux précédentes et, comme elles, précédée de troubles de l'humeur et suivie d'une période d'agitation confusionnelle. Sa tension est de nouveau à 19-12.

Le 31 mai, nouvelle crise annoncée par les mêmes prodromes et suivie des mêmes troubles mentaux. Dans la soirée, début d'une pneumonie de la base droite, qui emporte la malade en 24 heures.

En résumé : malade qui présentait, presque tous les mois, depuis deux ans, des crises d'épilepsie, précédées de troubles de l'humeur et suivies d'un état de confusion mentale avec agitation violente. Les crises semblent coïncider avec des poussées d'hypertension artérielle, hypertension qui s'est d'ailleurs manifestée par un accident d'œdème aigu du poumon. Nous disons que notre malade présentait, depuis deux ans, des crises d'épilepsie, car on peut, semble-t-il, appliquer ce diagnostic rétrospectif aux « vomissements de sang » allégués par l'entourage et qui devaient être en réalité des crises d'épilepsie avec bave sanguinolente.

A l'autopsie, on trouve un épanchement pleural séro-hémorragique très abondant à droite, ainsi qu'un bloc d'hépatisation rouge occupant la moitié inférieure du poumon droit. Le cœur et l'appareil digestif sont normaux.

A l'ouverture du crâne, on ne trouve pas de suffusions sanguines au niveau des méninges.

Le Dr GUIRAUD, qui a bien voulu pratiquer l'examen du cerveau, en donne le compte rendu suivant : « A l'examen macroscopique, on constate un épaississement de la pie-mère prédominant surtout au niveau de la région rolandique de chaque côté. A cet endroit, on voit à l'œil nu des saillies de 2 ou 3 millimètres de diamètre donnant au toucher l'impression d'une certaine dureté.

« Examen histologique : dans la région de la frontale ascendante la pie-mère est très épaissie et congestionnée. Nombreuses couches de

« collagène, noyaux de fibroblastes. A aucun endroit on ne constate de
 « réaction inflammatoire. Veines dilatées, gorgées de sang. Adhères-
 « ces assez fréquentes au tissu nerveux, surtout dans les sillons. La
 « surface du tissu est de contour très irrégulier avec de nombreuses
 « élevures plus ou moins volumineuses. Ce élevures sont constituées
 « par de la macroglie très riche en gliofibrilles adhérant à la pie-mère
 « sus-jacente. Les cellules nerveuses ne présentent pas de lésions nota-
 « bles. Les neuro-fibrilles sont bien conservées. Rien d'anormal dans
 « les noyaux gris centraux.

« *En résumé* : aucune inflammation actuelle, aucun caractère histo-
 « logique de nature syphilitique ou tuberculeuse. Pas de néoplasie cé-
 « rébrale ou méningée. Il ne s'agit que d'une gliose réactionnelle.
 « Leptoméningite chronique avec intense réaction névroglique. Ces
 « lésions peuvent parfaitement expliquer l'épilepsie de la malade. »

Il semble donc que, chez notre malade, la gliose réactionnelle a créé un terrain épileptique ; quant aux crises convulsives, phénomènes paroxystiques, on peut supposer qu'elles ont été déclenchées par les poussées d'hypertension artérielle constatées au moment de ces paroxysmes.

Ceci est à rapprocher des conclusions qui terminent l'intéressante thèse de Mlle Morcau (1) sur l'épilepsie tumorale et le mécanisme épileptique. En effet, pour cet auteur, les phénomènes épileptiques ont pour caractère fondamental d'être paroxystiques, alors qu'au contraire l'excitation, l'irritation tumorale sont permanentes. La tumeur ne fait donc que préparer le terrain, elle rend un individu susceptible d'avoir des crises comitiales, elle lui donne en somme un « état épileptique ». La crise proprement dite serait déclenchée sur ce terrain par un phénomène surajouté, phénomène qui, chez un individu sain, ne donnerait aucune crise convulsive.

Notre observation semble montrer que les lésions superficielles du cerveau peuvent créer, comme les tumeurs cérébrales, le terrain favorable à l'éclosion de paroxysmes comitiaux, sans provoquer directement ces paroxysmes. Ce seront ensuite des causes occasionnelles quelconques (poussées hypertensives chez notre malade) qui, agissant sur la région lésée, viendront déclencher les phénomènes convulsifs. Elles déterminent conjointement des troubles mentaux analogues à ceux de l'épilepsie dite essentielle, c'est-à-dire perturbant surtout la conscience et l'humeur et revê-

(1) J. MOREAU. — L'épilepsie des tumeurs du cerveau. Contribution à l'étude du mécanisme épileptique. Thèse Paris 1943.

tant une allure paroxystique avec apparition et sédation brusques. Néanmoins le cachet comitial des accidents psychopathiques passe souvent inaperçu, si l'on n'assiste pas aux accidents convulsifs. En fait, il a été méconnu chez notre malade pendant deux ans et il a fallu un séjour en milieu hospitalier spécialisé pour établir le diagnostic d'épilepsie.

Il est intéressant de noter, à propos du rôle de l'hypertension dans le déterminisme des troubles mentaux, la cessation brusque de ces derniers après une saignée.

Electro-choc et cycle sexuel,

par MM. Jean DELAY. André SOULAIRAC, RIVIÈRE et A. CORTREL.

Dans une de nos premières notes sur les modifications organiques de l'électro-choc (1) nous avons signalé l'existence chez la femme de perturbations des fonctions génitales. L'analyse du mode d'action de cette thérapeutique nous a conduits à envisager cliniquement et expérimentalement ses rapports avec le cycle sexuel. Beaucoup de données, actuellement acquises, permettent en effet d'évoquer l'hypothèse d'une action à point de départ hypothalamo-hypophysaire. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier les répercussions possibles de la thérapeutique par l'électro-choc sur le cycle sexuel des malades. Notre travail s'est divisé en deux parties : une partie exclusivement clinique, analysant les modifications du cycle menstruel chez les malades traitées, une deuxième partie expérimentale, étudiant chez l'animal l'action physiologique et endocrinologique de l'électro-choc.

1. Nos recherches ont porté sur un ensemble de 145 femmes, et nous avons volontairement éliminé les malades dont l'état mental s'accompagnait de dysfonctionnements endocriniens manifestes. Dans l'ensemble, nous avons constaté des modifications du cycle sexuel chez 20 % des malades. Ces perturbations, encore qu'assez variables, se traduisent principalement soit par un *raccourcissement de la durée du cycle*, soit par une *aménorrhée*.

a) *Dans les cas de cycles raccourcis*, nous avons observé les femmes pendant deux ou trois mois : après avoir établi les durées maxima et minima de leurs cycles habituels, nous avons établi la durée de leurs cycles dans le premier mois et le deuxième mois qui

(1) J. DELAY et A. SOULAIRAC. — Modifications organiques de l'électro-choc. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 2 avril 1943.

suivirent l'électro-choc. Nos résultats sont les suivants : dans le premier mois de la thérapeutique, les cycles sont raccourcis en moyenne de 4,2 jours et dans le deuxième mois, nous obtenons un raccourcissement de 3 jours. Les malades étudiées avaient subi en moyenne 3 à 4 électro-chocs dans la première quinzaine de leurs cycles.

b) Chez 20 malades, nous avons observé l'apparition d'une *aménorrhée*, concomitante à l'installation de la thérapeutique. Cette aménorrhée s'est montrée persistante et semble surtout se rencontrer dans les cas où sont pratiqués de nombreux électro-chocs, à intervalles rapprochés.

c) Nous devons également signaler que nous avons constaté chez deux malades aménorrhéiques le retour des règles à la suite de l'électro-choc.

d) Nous avons en outre eu l'occasion d'observer des phénomènes plus spéciaux, à la suite de l'électro-choc, et qui nous semblent dignes d'être rapportés : chez 3 malades nous avons observé l'apparition d'un *syndrome intermenstruel*, caractérisé par l'apparition d'une menstruation au 15^e jour du cycle. Chez 2 de ces malades, la biopsie cyto-hormonale nous a montré l'existence de grains de glycogène et de dentelle utérine, prouvant que cette menstruation du 15^e jour correspond bien à une hémorragie de l'ovulation.

Enfin, d'autres manifestations de la sphère génitale sont apparues à la suite de l'électro-choc : nous avons pu observer parfois un léger gonflement mammaire, avec sensation de gêne et de tension qui inquiétait les malades. En outre, dans un cas, une malade nous a signalé l'apparition d'un léger écoulement de colostrum par le mamelon.

II. Pour notre analyse expérimentale, nous nous sommes adressés aux Rongeurs (rats) dont le cycle sexuel est court et permet une étude objective par la méthode des frottis vaginaux.

a) Dans une première série d'expériences, nous avons utilisé des animaux femelles adultes, à cycles œstraux vérifiés, sur lesquels nous avons pratiqué une série d'électro-chocs, à des intervalles rapprochés (18 chocs en 24 jours). Pendant 24 jours avant l'électro-choc et pendant les 24 jours avec l'électro-choc, les animaux sont soumis à des prélèvements vaginaux quotidiens. Nous résumons ci-dessous le résultat de nos constatations (les chiffres représentant le nombre de jours où l'on constate l'élément en question dans le frottis vaginal pendant les deux périodes de 24 jours).

	cellules kératinisées		cellules épithéliales		leucocytes	
	avant choc	pendant choc	avant choc	pendant choc	avant choc	pendant choc
Animal I	7	17	14	21	11	15
Animal II	12	14	13	18	8	15
Animal III	7	14	19	18	15	19
Animal IV	8	14	16	15	11	11
Animal V	10	12	10	20	6	17

Nous constatons donc une action très nette de l'électro-choc sur le cycle sexuel du rat, caractérisée par une augmentation générale de l'activité génitale : augmentation du nombre et de la durée des phases de cellules kératinisées, de cellules épithéliales et de leucocytes. Cependant la modification la plus importante du cycle œstral consiste en une augmentation considérable des phases de kératinisation vaginale, qui sont la traduction chez l'animal de l'activité œstrogène.

De plus, chez un animal sacrifié à la fin des chocs, l'examen histologique des ovaires montra la présence de corps jaunes de volume et de quantité nettement exagérés.

b) Dans une seconde série de recherches, nous avons essayé de déterminer l'action possible de l'électro-choc sur des animaux impubères. Nous nous sommes encore adressés à des rats. Sur deux animaux femelles de même âge et de même portée, pesant l'un 28 gr. et l'autre 30 gr., nous avons prélevé l'ovaire gauche par laparatomie sous éther. Puis, après les suites opératoires, nous avons gardé un animal comme témoin et sur l'autre nous avons pratiqué 10 électro-chocs en 22 jours. Les deux animaux furent alors sacrifiés et les ovaires droits restants furent prélevés, ainsi que les autres glandes endocrines.

L'examen histologique nous a montré qu'il existait chez l'animal soumis à l'électro-choc une très nette hypertrophie de l'ovaire, hypertrophie qui porte à la fois sur le volume total de la glande et sur la taille des follicules qui se montrent très nettement augmentés par rapport à ceux de l'animal témoin.

c) Dans d'autres recherches, nous avons tenté de bloquer l'activité œstrale de femelles adultes de rats en leur injectant d'assez fortes doses d'acétate de testostérone, espérant pouvoir étudier l'action de l'électro-choc sur le cycle sexuel ainsi perturbé. Cependant, nous n'avons réussi qu'un blocage partiel des fonctions sexuelles, ce qui rendait difficile l'interprétation de cette expérience. Toutefois, elle nous a permis de vérifier l'exactitude de nos premières constatations sur l'augmentation de l'activité sexuelle provoquée par l'électro-choc.

Commentaires. — Cet ensemble de recherches cliniques et expérimentales sont assez concordantes et semblent bien montrer que l'électro-choc exerce une action caractérisée sur le cycle sexuel de la femme et de l'animal. Des recherches analogues, mais uniquement sur le plan clinique, avaient déjà été entreprises par Axel Westman (1) en 1942. Cet auteur n'avait pas trouvé de modifications cliniques appréciables et concluait que la fonction gonadotrope de l'hypophyse n'était pas suffisamment changée chez la femme par l'électro-choc pour que des troubles de la maturation ovulaire ou de la menstruation se produisent. Nos constatations cliniques, à elles seules, montrent des troubles de la menstruation, nettement décelables, vérifiés par la biopsie cyto-hormonale, et notre expérimentation animale est venue confirmer ces faits.

Les travaux de Brookhart, Dey et Ranson (2, 3) sur la répercussion de lésions hypothalamiques chez le cobaye sur le réflexe œstral et sur le comportement sexuel ont montré récemment les interrelations diencéphalo-sexuelles. Dey (4) par ailleurs a constaté également des modifications de l'ovaire et de l'utérus, ainsi que des anomalies du cycle ovarien chez des cobayes porteurs de lésions hypothalamiques.

Tous ces faits expérimentaux semblent se rejoindre pour rendre fortement vraisemblable le mécanisme hypophyso-diencéphalique de l'action endocrino-sexuelle de l'électro-choc.

Deux ans de fonctionnement d'un centre d'observation, de triage et de rééducation pour troubles du caractère, dans le cadre des services de neuro-psychiatrie infantile de Seine-et-Oise, par MM. Georges PAUL-BONCOUR et Julien ROUART.

I. LE SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE DU DÉPARTEMENT DE SEINE-ET-OISE. — L'étude du fonctionnement d'un centre tel que celui de Montmorency est inséparable de celle des

(1) AXEL (Westman). — Sur l'influence du traitement par l'électro-choc sur le cycle sexuel. *Klinische Wochensche*, 1942, 11, 712.

(2) BROOKHART (J.-M.), DEY (F.-L.) et RANSON (S.-W.). — Suppression du réflexe œstral au moyen de lésions hypothalamiques chez le cobaye. *Endocrinology*, 1941, 28, 561.

(3) BROOKHART (J.-M.) et DEY (F.-L.). — Atténuation du comportement sexuel chez des cobayes mâles par des lésions hypothalamiques. *Am. Journ. Physiol.*, 1941, 133, 551.

(4) DEY (F.-L.). — Modifications de l'ovaire et de l'utérus des cobayes porteurs de lésions hypothalamiques. *Anat. Rec.*, 1941, 79 suppl., n° 2, 19.

organes avec lesquels il s'articule. Intermédiaire entre les consultations et d'autres centres de placement, mais aussi établissement de cure, il fonctionne en étroite liaison avec le service départemental de neuro-psychiatrie infantile. C'est pourquoi nous rappellerons en quelques mots le fonctionnement de ce service, le premier en date des services départementaux de ce genre.

Dès 1931 se formait le Comité départemental de Seine-et-Oise d'éducation et d'assistance à l'enfance déficiente. Pour la première fois en province un service social près des tribunaux fut institué. En 1935, le Docteur Aublant, directeur de l'Office d'Hygiène, rattachait ce service privé en faveur de l'enfance déficiente à l'Office départemental d'Hygiène, qui s'incorporait ainsi une section nouvelle, bientôt dotée de son *statut particulier*. Le Docteur Paul-Boncour fut nommé médecin-chef des consultations. L'assistante de psychologie, Mlle Demarquette, fut nommée monitrice départementale. La circulaire ministérielle du 25 novembre 1936, organisant l'assistance aux enfants déficients et difficiles en leur procurant le bénéfice de la loi du 15 juillet 1893 (Assistance médicale gratuite) et de la loi du 30 juin 1838, rendit possibles les placements.

Actuellement, le service comporte le dépistage en accord avec les écoles ; le triage et les soins par les 12 centres neuro-psychiatriques ; un service psycho-social approfondi près de tous les tribunaux et près des familles. Il est placé sous la direction générale du Docteur Altenbach, médecin-inspecteur de la Santé de Seine-et-Oise. Il est assuré par deux psychiatres, une monitrice départementale, une assistante de psychologie, deux assistantes psychiatriques diplômées et six assistantes sociales. Les *placements* des arriérés perfectibles se font dans des établissements médico-pédagogiques privés dotés d'un contrat avec le département et contrôlés par nous.

II. FONCTIONNEMENT DU CENTRE POUR TROUBLES DU CARACTÈRE.

— Un tel centre était nécessaire à un double point de vue : 1) Approfondissement de certains diagnostics douteux (niveau mental difficile à apprécier en raison d'un syndrome affectif, etc...). 2) Rééducation des caractériels non débiles.

Fondée par Mlles Fisteberg et Lavaux qui la dirigent, la clinique d'observation psychopathologique « Les Petites Ailes » est un *établissement privé* régi par la circulaire du 26 novembre 1936 du Ministre de la Santé publique, agréé par le département de Seine-et-Oise, contrôlé par l'Inspection des Services de l'Assistance, par les Inspecteurs d'Hygiène et par l'un de nous au point

de vue neuro-psychiatrique, assisté de la monitrice départementale.

Cet établissement, agréé par le département, possède un contrat exclusif avec lui, tous les lits étant réservés aux enfants de Seine-et-Oise bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

Au point de vue technique, les directrices pratiquent l'observation (étude du comportement, psychanalyse) et la rééducation. Les résultats de leurs observations nous sont soumis au cours de nos visites.

III. RÉSULTATS

Mouvement (garçons et filles)

	<i>entrées</i>	<i>sorties</i>
Année 1942 (19 juin au 31 décembre)	49	5
Année 1943 (1 ^{er} janvier au 31 décembre)	58	34
Année 1944 (1 ^{er} janvier au 30 avril)	6	26
Total	113	65

Les résultats sont satisfaisants dans l'ensemble ; 70 améliorations, soit un peu plus de 60 % des cas passés par l'établissement.

Mais de ce nombre font partie des sujets qui ne présentaient pas toujours des troubles nets du caractère, dont le placement revêtait une certaine urgence, en raison d'un milieu particulièrement défavorable par exemple.

Malgré l'élimination de principe des débiles mentaux, certains dont le niveau intellectuel était difficile à préciser au cours d'une consultation en raison d'une opposition, d'un mutisme ou d'un autre syndrome affectif, se sont révélés, après observation et levée des barrages, d'un niveau mental indiquant leur placement dans un centre médico-pédagogique. Parmi eux, plusieurs présentaient à leur arrivée des troubles du caractère prononcés et ont été améliorés nettement par leur séjour aux « Petites Ailes ».

Voici d'ailleurs comment se présentent les résultats numériques des essais de rééducation et du triage :

1° <i>Sujets améliorés nettement après leur séjour</i> (de 8 à 13 mois)	70
Répartis, par triage, comme suit :	
Rendus à leur famille	15
Placés en nourrice	1

Placés en patronage pour formation professionnelle	5
Débiles mentaux améliorés quant au caractère et placés en Instituts médico-pédagogiques	10
Maintenus au centre	39
2° <i>Sujets éliminés après triage ou essai de rééducation (In- succès)</i>	43
Débiles profonds inéducables placés conformément à la loi de 1838	2
Débiles mentaux caractériels non améliorés et placés dans des Instituts médico-pédagogiques	12
Pervers rebelles et grands déséquilibrés	11
Répartis, après triage, comme suit :	
Placés conformément à la loi de 1938	2
En camp de jeunesse spécialisé	2
Partis en fugue et gardés par leur famille..	4
Rendus à leur famille	3

Enfin les autres ont été repris prématurément par leur famille soit par mauvais vouloir (12), soit en raison des événements.

IV. CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SOMMAIRES. — Nous ne pouvons, faute de place, nous étendre sur les modifications cliniques des sujets observés et nous nous proposons d'en faire ultérieurement une étude beaucoup plus approfondie.

A) *Cas améliorés.* — 1° *Intensité des manifestations caractérielles aussi grande que dans les autres cas :* vols, fugues, agressivité, mensonges..., l'existence ou non d'une délinquance n'ayant pas de valeur pronostique.

2° *Présence de situations conflictuelles :* belle-mère poursuivie pour mauvais traitements à enfant dans le cas d'une fille de 6 ans, dont le mutisme, l'opposition, l'incontinence en imposaient pour une idiotie. Haine familiale chez un sujet non reconnu par son père, désir de vengeance chez un autre abandonné à l'Assistance et repris ensuite par ses parents. Vols, mythomanie chez un fils de meurtrier, qui, hostile et fermé au début, devient confiant et demande à changer de nom. Un jeune voleur ichthyosique s'améliore bien que restant sensible aux moqueries.

3° *Fréquence de signes somatiques :* retard global du développement, débilité motrice, hypogénitalité, etc.

4° *Troubles caractériels de base paraissant constitutionnels, dans certains cas :* impulsivité, colères chez des épileptoïdes, ces dispositions persévérant alors que l'ensemble du comportement s'améliore. Au contraire, chez d'autres sujets, l'impulsivité, les

colères sont liées à la persistance d'un stade affectif plus infantile et disparaissent avec la rééducation.

B) *Cas d'insuccès.* — 1° Fréquence d'une *hyperthermie* et d'une *hypersthénie*. Un hypomaniaque avec euphorie, jovialité, destructivité, malignité, renvoyé d'un Institut médico-pédagogique où il cassait les vitres, faisait manger des excréments à ses camarades en les dissimulant dans des gâteaux, blessa gravement un autre pensionnaire au Centre et dût être interné. Un autre paranoïaque, très vindicatif et susceptible, revendicateur, véritable caïd, fomenta une révolte, trouve des complicités dans un personnel temporaire et fait déposer des plaintes par des familles. C'est un sujet émotif, tachyphémique, très sthénique. Plusieurs de ces cas rebelles ont été caractérisés par la persistance d'une attitude revendicatrice contrairement au « transfert positif » assez souvent obtenu chez les autres.

2° En dépit de l'existence de bases vraisemblablement biologiques du caractère (*hyperthymie*, *hypersthénie*, *impulsivité*), l'histoire de ces sujets présente, pour une aussi grande part que la catégorie précédente, des *situations conflictuelles*.

3° L'existence de *signes somatiques* paraît se manifester dans la même proportion que chez les autres. L'existence ou la prédominance de l'une ou l'autre des séries étiologiques ci-dessus ne paraît pas commander (du moins à elle seule) le pronostic.

En conclusion, l'expérience nous a montré : 1° la valeur médico-sociale d'un tel centre malgré une certaine insuffisance de débouchés à la sortie ; 2° son intérêt psychiatrique ; 3° du point de vue technique, les possibilités réelles d'éducation qu'il fournit, mais les difficultés de recrutement du personnel pédagogique et surveillant, les inconvénients d'introduire un personnel même subalterne suggestible et peu apte à garder une attitude objective vis-à-vis des pensionnaires. D'autre part des chambres d'isolement pour les entrants ou pour séparation momentanée de certains sujets seraient souhaitables.

DISCUSSION

M. BRISSOT. — M. Rouart a-t-il rencontré de nombreux pervers instinctifs ? Ma statistique n'en comporte qu'une minorité (2 à 3 % environ). Les tendances perverses me paraissent surtout favorisées par les événements actuels (vols chez les commerçants, désir de jouir de la vie, etc...). Je ne erois pas, en particulier, qu'il faille trop tenir compte des vols familiaux.

Avez-vous des méthodes particulières de rééducation pour les caractériels ?

M. ROUART. — Le nombre des vrais pervers est, en effet, très réduit. La délinquance apparaît d'ailleurs réellement comme n'ayant qu'une valeur toute relative. Elle constitue un fait occasionnel.

Pour la rééducation, nous avons surtout des projets, mais dans l'ensemble, nous n'utilisons pas, à proprement parler, une méthode pédagogique spéciale.

M. Ach. DELMAS. — On parle souvent de perversion chez des sujets qui ne font en somme qu'un état d'hypomanie ou d'excitation constitutionnelle. Ce que nous voyons surtout, ce sont des comportements de pervers qui s'améliorent en 6 mois, 1 an, 2 ans, mais surtout aux environs de la 16^e année. Etats hypomaniaques peu marqués, naturellement, mais s'accompagnant d'une hypersthénie, d'un besoin d'activité qui se traduisent par des perversions transitoires.

Les deux sujets dont parle M. Rouart présentaient précisément, semble-t-il, cet état sthénique.

M. BRISSOT. — Il existe d'ailleurs une perversité maniaque. J'ai dans mon service deux sujets de 12 à 13 ans qui présentent un accès de manie furieuse lorsqu'on les change de section. L'un d'eux, au cours d'un de ces accès, a même tenté de se mutiler par ignition. Une autre fois, il a essayé d'avaler un objet métallique dans un but manifestement pervers. Une fois mis à l'infirmerie, ces sujets sont parfaitement calmes.

M. FRIBOURG-BLANC. — Je suis d'accord avec mes collègues pour ce qui est de la psychologie du pervers. Mais que penser du devenir du pervers ? J'ai retrouvé dans ma vie, pareils à eux-mêmes, des garçons que j'avais vus en 1912, alors que je préparais ma thèse sur l'enfance coupable. Depuis cette époque, qu'a-t-on résolu en ce qui les concerne ?

M. BRISSOT. — Rien. Toutefois, les colonies agricoles ont fait beaucoup. L'enfance perverse s'adapte assez facilement aux centres agricoles. Malheureusement les sujets sont trop rapidement repris par leur famille.

M. GOURIOU. — Je ne partage pas l'optimisme de MM. Rouart et Brissot quand ils considèrent la délinquance juvénile actuelle comme purement occasionnelle et liée aux circonstances. Le mal est, je crois, plus profond et a des racines plus anciennes. L'enfant n'a souvent fait d'ailleurs qu'imiter l'adulte. Pour beaucoup de ces derniers, les circonstances n'ont été qu'un prétexte à se laisser aller à des tendances anti-sociales ou insociales préexistantes et qui survivront aux circonstances présentes.

Il serait souhaitable que les efforts ne se bornent pas à une récupéra-

tion plus ou moins durable des défaillants, mais concourent à mettre en relief les causes profondes de cette défaillance afin que soient appliquées les mesures préventives. A cet égard, les notations des tares héréditaires, du rôle de l'alcool, à mon avis prédominant, et de l'influence du milieu sur l'éclatement du déséquilibre chez les enfants sont de la première importance à condition, je le répète, qu'elles ne continuent pas à être simplement utilisées pour des fins statistiques improductives.

Nous sommes d'accord que les enfants « pervers » vrais, incurables, inintimidables, sont moins nombreux qu'on était accoutumé à le dire. Par contre, il y a de plus en plus de débiles moraux, de déséquilibrés caractériels plus ou moins épisodiques, délinquants ou en puissance de délits.

Je constate que la plupart d'entre eux sont sortis de l'école ou du milieu familial sans y avoir acquis une formation minima valable : formation de l'esprit d'abord et du discernement ; formation morale qui découle en partie de la précédente, mais aussi de la culture du sens moral ; formation du caractère et de la personnalité. Les anormaux le sont surtout socialement parlant ; ce sont des malformés sociaux dont les circonstances ne font que « révéler » l'indigence. Mais ceci est très grave parce que les circonstances critiques révèlent en réalité le potentiel d'une société.

L'armée évince les pervers vrais et elle a raison de le faire comme doit ou devrait le faire la société civile. Mais si j'en crois mon expérience récente, elle a tendance aussi — je parle de l'armée de réserve — à éliminer aussi les autres malformés sociaux. Elle s'épure, mais au détriment de la société civile et d'autre part, en s'amenuisant de plus en plus. Il n'est guère naturel qu'une minorité ainsi épurée ait le goût de se sacrifier au profit d'une majorité qui lui survivrait pour des motifs contraires.

Cette épuration est d'ailleurs peut-être illusoire et superficielle. En effet, toutes les parties de l'organisme social sont solidaires et aucune d'elles ne saurait prétendre concourir à la santé générale en éliminant simplement les éléments qui la gênent et qui continuent d'ailleurs à l'influencer.

Les centres d'observation, les centres de redressement ne reçoivent qu'une petite partie des jeunes désaxés, et, au sortir de ces centres, leur avenir reste douteux. Il faut donc, avant tout, s'efforcer de tarir les sources de cette clientèle.

M. Ach. DELMAS. — Pour ces états de manie ou d'hypomanie colérique, quelle thérapeutique utiliser ? A-t-on essayé l'électro-choc ?

M. BRISSOT. — Actuellement, j'ai un cas d'excitation maniaque nette avec hyperactivité, nettement amélioré par l'électro-choc (quoique l'amélioration soit moins nette que pour les états dépressifs).

En ce qui concerne l'admission dans l'armée, je crois qu'il faut distinguer les débilés et les caractériels. L'armée peut recevoir certains débilés légers, mais les caractériels sont à éliminer complètement.

M. FRIBOURG-BLANC. — Dans l'armée, nous acceptons les petits débilés. L'armée est même, à ce titre, une excellente école d'éducation, mais elle ne saurait être considérée comme une école de rééducation pour des caractériels, que nous retrouverons rapidement soit à l'hôpital, soit devant les tribunaux militaires.

On a parlé, pour ces sujets, d'une « façon spéciale » de les « prendre », mais pour un chef au milieu de l'action, il n'y a pas deux manières de commander. Il faut donc éliminer ceux qui, par leur manque de sang-froid, risquent de désorganiser une troupe, et les caractériels dont nous parlons sont de ceux-là.

M. Jean DELAY. — L'électro-choc fait disparaître les réactions du maniaque, mais il n'influence pas les réactions du pervers. D'autre part, il faut reconnaître l'inefficacité de l'électro-choc dans les états de manie chronique.

M. BEAUDOUIN. — L'évolution de ces sujets turbulents, antisociaux, est intéressante à suivre au point de vue pondéral : on voit, en effet, souvent leurs tendances s'atténuer quand monte leur courbe de poids.

M. DUBLINEAU. — Les états d'hypomanie coléreuse, pour reprendre l'expression de M. Delmas, sont, à mon sens, conditionnés par le terrain sous-jacent, qui est un terrain d'impulsivité confinant, dans les formes importantes, à l'épileptoïdie. C'est en me basant sur ces analogies que je traite certains de ces sujets par l'acétylcholine, traitement qui doit d'ailleurs être conduit avec précaution, car il semble, dans quelque cas, diminuer la résistance générale du sujet. Traitement qui, par contre, gagnerait à être conduit de façon telle qu'il régularise les rythmes d'excitation (parfois si spéciaux) de ces sujets. Seule, une observation attentive, sur un laps de temps prolongé, des alternances d'impulsivité coléreuse et d'apathie, permettrait de choisir le moment favorable pour l'institution du traitement. C'est l'intérêt du séjour en internat de rééducation, de pouvoir permettre une telle observation pour une telle régularisation.

M. ROUART. — Je n'ai jamais vu, chez l'enfant, d'accès maniaque répondant à ce qu'on voit chez l'adulte. Pour le traitement, j'ai surtout recours au gardénal ou au solantyl à raison de 5 centigrammes environ.

Remarques sur l'utilisation du salicylate de soude, du colchique, et du cautère permanent dans quelques cas d'épilepsie essentielle, par M. H. DAUSSY et M^{lle} E. WOL.

Il nous a paru intéressant d'exposer les premiers résultats de ce traitement et de proposer quelques suggestions sur son mode d'action dans les épilepsies essentielles. Nous choisissons quatre observations de sujets traités depuis déjà quelque temps, ayant un état physique bon, une intelligence moyenne :

OBSERVATION 1. — M. X., 20 ans, interné en février 1941 pour troubles du caractère survenus 7 ans après le début les crises convulsives et absences traitées par le gardénal ; dans le service : impulsivité violente, colères, brutalités, grossièretés, hostilité à l'entourage.

Depuis l'entrée, une à quatre crises convulsives par mois, plus souvent près de une ; une à quatre absences par mois ; gardénal, puis beladénal + solantyl en dernier lieu. On cesse cela en juin 1943 pour donner : salicylate de soude : 2 gr. intra-veineux pendant quelques jours + 4 gr. buccal (avec 4 gr. de bicarbonate de soude), réduits en juillet à 3 gr. ; teinture de colchique : XXX gouttes par jour, en trois fois ; on établit au bras un cautère.

Peu après, amélioration manifeste du caractère ; elle persiste.

Depuis juin 1943, quatre absences en août ; crises : une à cinq par mois, plus souvent près de cinq, dans l'ensemble plus intenses.

OBSERVATION 2. — M. A. V., 15 ans ; premières crises convulsives à 10 ans ; gardénal ; entré en mars 1943 ; gardénal + cautère. Caractère particulièrement difficile, rébarbatif ; entêtement, violence, grossièreté, turbulence.

En juin 1943, suppression du gardénal ; on donne 4 gr. de salicylate de soude buccal par jour ; en décembre 1943, on y ajoute XXX gouttes de teinture de colchique par jour. Depuis fin décembre 1943, vraie transformation ; l'enfant est devenu doux, obéissant, travailleur. Crises : une à trois par mois auparavant ; diminution depuis juillet-août 1943 ; deux mois viennent de s'écouler sans crises ; par contre, apparition d'absences, jusqu'à 10 en février, 13 en mars 1944.

OBSERVATION 3. — T., 10 ans ; hérédité alcoolique ; premières crises convulsives à 4 ans. Entré en août 1941 ; gardénal, puis dihydantoin, puis gardénal à nouveau. Crises : une à deux par mois, avec des intervalles libres de plusieurs mois ; surtout troubles du caractère : insolence, agressivité, violence, colères. En début juillet 1943, arrêt du gardénal ; on donne 4 gr. de salicylate de soude buccal et on crée un cautère ; on y ajoute XXX gouttes de teinture de colchique à partir

du 22 décembre 1943 ; crises : toujours une à deux par mois, avec mêmes intervalles libres ; mais très manifestement, depuis juillet-août 1943, diminution des troubles du caractère, jusqu'à disparition.

OBSERVATION 4. — M. L., 15 ans ; hérédité alcoolique ; malade depuis l'âge de 10 ans ; gardénal ; entré en février 1941 ; une à trois crises convulsives par mois avec quatre fois trois mois sans crise ; quelques rares absences ; surtout des troubles du caractère : colères violentes, brutalité, grossièreté.

A l'association gardénal-dilhydant on ajoute un cautère en mi-janvier 1943, puis on substitue, en fin mars, du salicylate de soude, d'abord 2 gr. intra-veineux, puis 2 gr., puis 4 gr. buccal, avec XXX gouttes de teinture de colchique par jour ; amélioration du caractère, commençant en février 1943, s'accroissant surtout à partir d'avril 1943 : moins de violences, presque plus de colères, bon travail ; pas une crise convulsive depuis décembre 1942 ; pas une absence depuis septembre 1943.

Nota. — Ces malades ont été spécialement surveillés : on n'a jamais observé de phénomènes cliniques d'intolérance ou d'intoxication, notamment pas de troubles sensoriels, ni gastro-intestinaux. Et des examens de laboratoire, pratiqués à plusieurs reprises, dont plusieurs mois après le début du traitement, n'ont jamais révélé dans les urines la présence d'albumine, ni de sang, ni de cylindres.

Des observations ci-dessus ressortent essentiellement quatre constatations, après l'institution du traitement en cause :

1° celle, avant tout, d'une amélioration constante et réellement profonde des troubles du caractère ;

2° celle, ensuite, des modifications des crises et absences, un peu différentes dans les quatre observations ; nous aurons à les résumer plus loin.

Nous ajoutons ici une cinquième observation, intéressante sous ce rapport :

OBSERVATION 5 — Celle d'un garçon de 11 ans, ayant un nombre élevé de vertiges et absences par jour : belladéal, citrate de soude et colchique ; puis, sur un fond continu de belladéal et solantyl, alternatives successives de 8 jours de dycholium puis de 8 jours de l'association de XX gouttes de teinture de colchique par jour et de 2 gr. de salicylate de soude en capsules glutinisées, forme sous laquelle nous l'employons autant que possible. Manifestement, les semaines au dycholium sont plus chargées en accidents épileptiques que les autres ;

et, dans quatre semaines au dycholium : total de 113 absences et vertiges ; dans quatre semaines au salicylate de soude et colchique : total de 43.

3° Nous notons la persistance, depuis des mois de traitement, des faits précédents, il n'y a donc pas accoutumance aux médications en cause ;

4° quatrième constatation : dans les cas où les trois éléments du traitement, salicylate, colchique, cautère, n'ont pas été institués en même temps, les effets soit sur les troubles du caractère soit sur les crises ou absences sont apparus sous l'influence d'éléments variables.

Quelles suggestions peut-on faire à partir de ces constatations : en ce qui concerne les troubles du caractère, il a été pensé que le gardénal pouvait par lui-même en engendrer ; il y a donc lieu de tenir compte, pour interpréter l'amélioration, du rôle possible de la suppression de ce barbiturique, chez certains tout au moins, et à des degrés variables suivant les sujets.

Mais il y a aussi des troubles caractériels appartenant au complexe même de l'épilepsie et se manifestant, assez souvent, en dehors de tout traitement gardénalique. On peut donc penser qu'intervient un autre facteur, au moins chez certains. Dans ce sens, il est intéressant de relever dans l'observation 4 que le début de l'amélioration du caractère apparue après la création du cautère, et deux mois et demi avant l'administration de salicylate et colchique, se fait alors que les doses de gardénal et dihydan restent les mêmes ; et encore, dans l'observation 2, que cette même amélioration n'est pas apparue dès la suppression du gardénal pour l'instauration du cautère et du salicylate, mais seulement six mois après, alors qu'on venait de joindre le colchique.

Nous pensons que le traitement en cause peut apporter son facteur personnel, chez certains au moins, et d'une manière plus ou moins profonde, plus ou moins étendue peut-être aussi.

Chez nos quatre premiers sujets, avec la constante amélioration du caractère vont : chez un 1^{er}, une légère augmentation des crises, en nombre et en intensité, parallèle à la rétrocession des absences ; chez un 2^e aucune modification des crises ; chez un 3^e une diminution des crises avec apparition d'absences, en nombre assez élevé ; chez un 4^e une disparition complète et soutenue des crises.

Dans le 5^e cas, absences et vertiges diminuent nettement après l'adjonction de salicylate de soude et colchique à belladéal et solantyl.

Il y a donc une influence favorable du traitement sur les accidents épileptiques dans deux cas, trois si l'on y fait entrer celui où il y a substitution partielle d'absences aux crises convulsives.

Tout n'est peut-être pas tiré au clair en ce qui concerne l'action pharmacodynamique des produits en question ; mais, en fonction, pour une bonne part, de ce qui ressort d'une étude menée à l'aide de la « Thérapeutique » de M. Savy et des « Eléments de Pharmacodynamie spéciale » de M. Zunz, il nous semble que l'on peut émettre quelques suggestions.

Lorsqu'on produit une amélioration sur les troubles du caractère et aussi, peut-être, sur les accidents comitiaux, et au degré variable alors de profondeur et d'étendue auquel on la provoque, si ce n'est pas à la cause essentielle, de base, des troubles épileptiques que l'on s'attaque, si ce n'est pas sur elle que l'on a prise, on peut avoir la pensée qu'on agit en modifiant peut-être des troubles fonctionnels, des métabolismes, des phénomènes d'ordre toxique accessibles, en proportions ou en nature variables avec les sujets ; ces possibles troubles fonctionnels, métabolismes faussés, phénomènes toxiques pourraient être à la cause de base l'apport, l'adjuvant pour déterminer les troubles caractériels, et mettre les malades au seuil des accidents épileptiques.

Nos recherches en cours visent à mettre au point les faits ébauchés ici, à préciser les effets des produits et procédés employés, à éclairer, dans la mesure du possible, quels peuvent être leur mode et leur étendue d'action, dans leur ensemble et dans leurs éléments. Dans ces buts, nous faisons tout d'abord, après beaucoup d'autres, des examens de laboratoire systématiques en diverses formes ou phases d'épilepsie essentielle et de son traitement : recherche du pH , de l'ammoniaque, de l'urée urinaire, de l'urée sanguine, du coefficient de Maillard.

En deuxième lieu nous poursuivons l'expérimentation des modifications qualitatives ou quantitatives du traitement, en fonction des moments de la maladie, de ses accidents, des réactions observées ; parmi ces modifications qualitatives, nous signalons l'emploi possible en certaines circonstances du salicylate intra-veineux et aussi l'association ou non du bicarbonate de soude au salicylate. Nous verrons encore à expérimenter la suppression de notre groupe thérapeutique, sous l'influence de laquelle devraient réapparaître les troubles du caractère antérieurs, notamment ; à expérimenter ce traitement d'emblée, en premier ressort, chez des épileptiques caractériels ; et aussi l'association à lui du gardénal, du dihydant ou solantyl, et de l'acétylcholine. Enfin

nous continuerons les examens destinés à s'assurer, pendant ce traitement prolongé, qu'existe et persiste l'intégrité organique jusqu'ici constatée.

Nous publierons ultérieurement les résultats de ces recherches et examens, avec un plus grand nombre d'observations.

A une récente séance de la Société, M. Marchand disait bien qu'« il n'y a pas en réalité un médicament spécial chez les épileptiques ; il y a des médicaments pour chaque épileptique ». Nous en avons eu le sentiment, et même nous avons pensé qu'en dehors des médications classiques, avec l'idée d'agir sinon sur la cause de base de la comitialité essentielle, du moins sur des facteurs intriqués et complémentaires, d'ordre fonctionnel, métabolique, toxique, il y avait intérêt à chercher dans une autre voie des moyens d'action sur ces troubles du caractère, si peu accessibles aux autres médications.

Nos observations jusqu'ici nous révèlent que salicylate de sonde, colchique et cautère ont eu un effet constant et durable sur ces désordres caractériels, et peuvent avoir peut-être une action favorable, au moins en divers cas, sur les accidents épileptiques proprement dits.

La séance est levée à 17 heures.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

La crampe des écrivains est-elle une affection organique ? par ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA (*La Presse médicale*, 10 juillet 1943).

A propos d'un cas de crampe des écrivains chez un comptable âgé de 43 ans, MM. André-Thomas et J. de Ajuriaguerra étudient la pathogénie de cette affection, considérée pendant longtemps comme une névrose, et appelée à tort « crampe des écrivains », car il n'y a pas crampe à proprement parler, et cette affection n'est pas réservée aux écrivains.

L'élément fondamental est caractérisé par un trouble dans le jeu des agonistes et antagonistes à l'occasion d'une attitude déterminée et des variations fréquentes de tonus des muscles concourant à l'exécution de mouvements liés et déliés, muscles de la main et des doigts surtout. L'infirmité résulte de l'alliance de la dystonie, de sensations pénibles, de l'hyperémotivité, la proportion de ces facteurs variant suivant les cas. L'appoint sensitif et la fatigabilité interviennent de plus en plus rapidement chez les malades qui persistent à écrire, de même que l'appoint émotif.

Les auteurs font remarquer que l'alliance de l'élément dystonique et de l'état émotif se retrouve dans d'autres affections pour lesquelles est inériminé le système extrapyramidal (tremblements organiques, dystonies d'attitude). Ce fait et la limitation observée du ballant laissent envisager la possibilité d'une lésion des centres nerveux, ou plutôt d'un fonctionnement excessif des centres dans des conditions fâcheuses, compromettant à la fois l'automatisme et l'activité consciente ainsi que la sensibilité et l'émotivité.

Ordinairement rebelle à la thérapeutique, qui ne doit cependant pas être abandonnée, la crampe des écrivains, dystonie à la fois passive et active, statique et cinétique, s'apparente aux dystonies d'attitude, aux tremblements professionnels ou d'attitude (crampe des tailleurs, des tamponneurs, des tourneurs, des dactylos), mais reste généralement spécialisée.

René CHARPENTIER,

Hystérie et épilepsie, par L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSCUANT (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen* séance du 8 janvier 1943, *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Intéressante contribution à l'étude d'une question souvent controversée, à l'occasion de l'observation d'une fillette de 15 ans, présentant depuis l'âge de 10 ans des crises comitiales fréquentes, traitées par le gardénal et, depuis moins longtemps, des crises du type pithiatique arrêtées par la pression sur les régions ovariennes, des troubles de la marche améliorés par la persuasion, des crises d'agitation avec attitudes catatoniques ou des phases de mutisme avec attitudes extatiques également modifiables sous l'influence d'une forte persuasion. Pas de signes physiques et pas d'autres indications que des réactions de Hecht-Bauer et de Kahn douteuses. La diminution de la dose de gardénal augmente la fréquence des crises comitiales. Une sœur de la malade (14 ans) a présenté également quatre crises comitiales et est traitée par le gardénal.

Les auteurs posent le problème des relations entre les accidents épileptiques et les accidents hystériques dont, selon Muskens, l'intrication serait fréquente. L'existence de formes de passage est retenue par eux comme la preuve qu'il existe une certaine relation entre ces deux actes et ils acceptent l'existence d'un état intermédiaire, « véritable hystéro-épilepsie » de diagnostic très difficile et qui se rencontrerait chez les enfants. Dans certains cas, l'accident hystérique préparerait les voies à l'épilepsie (Claude, Euzière et Margarot). Dans d'autres cas (formes dégradées de l'épilepsie de Claude et Baruk), il surviendrait une transformation des crises épileptiques en crises névropathiques. Il existerait ainsi des états de transition entre l'automatisme inconscient involontaire et l'automatisme plus ou moins conscient, idéo-moteur et modifiable par la volonté. Titea a signalé chez l'hystérique une irrégularité des ondes α , rappelant ce que l'enregistrement électro-encéphalographique a montré dans l'épilepsie.

La conclusion à laquelle arrivent MM. L. Rimbaud, H. Serre et P. Passcuant est donc qu'il existerait une certaine relation entre l'épilepsie et l'hystérie. Dissociation du psychisme dans les deux cas : complète chez l'épileptique, elle le serait beaucoup moins chez l'hystérique, d'où l'action de la psychothérapie dans l'hystérie. L'hyperexcitabilité du système nerveux de l'épileptique faciliterait l'apparition de manifestations pithiatiques associées et l'intrication des deux états.

Est-il besoin pour cela d'admettre, même sous la forme modérée et légèrement dubitative adoptée par les auteurs, qu'il existe une relation entre l'épilepsie et l'hystérie ? Que le diagnostic soit, dans certains cas, très difficile, n'oblige nullement à admettre l'existence d'une « hystéro-épilepsie ». Que l'hystérie, « la grande simulatrice », présente parfois ses crises sous le masque de ces autres crises convulsives que sont les crises d'épilepsie n'autorise pas à conclure à leur parenté, pas plus du moins que de conclure à la parenté d'une paralysie organique avec une paralysie hystérique. Que l'on puisse trouver, chez le même sujet, épileptique, à côté de crises comitiales typiques, d'autres crises convulsives, hystériques, associées, n'a rien qui puisse surprendre : d'abord pour certaines des raisons ci-dessus indiquées par les auteurs, parfois aussi dans un but plus ou moins immédiatement utilitaire et sous une forme que conditionne le degré plus ou moins grand, plus ou moins léger, de ce fond de débilité mentale

relativement fréquent chez l'épileptique et plus encore, bien qu'à des degrés divers, chez l'hystérique.

Le diagnostic d'hystéro-épilepsie a connu naguère une très grande vogue ; c'était un refuge si commode pour le médecin. Est-il vraiment utile de le ressusciter ? Mais on lira avec un vif intérêt l'observation et la discussion de MM. L. Rimbaud, H. Serre et P. Passuant.

René CHARPENTIER.

Pseudo-tétanos pithiatique, par TURRIES, J. BOUDOURESQUES et J. ROGER (Comité médical des Bouches-du-Rhône, séance du 18 décembre 1942).

Observation d'un cas de trismus intense empêchant l'alimentation avec contracture généralisée prédominant aux membres inférieurs et à installation progressive. Guérison de la paraplégie par la persuasion. Le trismus n'a cédé qu'après anesthésie générale.

R. C.

Du rôle du splanchnique dans le syndrome grossesse nerveuse, par H. COSTANTINI (d'Alger). (*La Presse médicale*, 12 septembre 1942).

S'élevant contre la conception purement subjective de la grossesse nerveuse, l'auteur en rappelle les symptômes et insiste sur l'augmentation de volume du ventre, constante, et la sensation de mouvements du fœtus. La grossesse nerveuse existe chez l'animal, et M. Costantini rappelle l'opinion de Jahier, pour qui il s'agirait d'un syndrome endocrinien dû à une pérennisation, kystique ou non, d'un corps jaune menstruel, syndrome endocrinien déclenché par une cause neuro-psychique.

Dans un cas de grossesse nerveuse avec gros dolicho-sigmoïde, la résection de 3 à 4 cm. du splanchnique, avec ablation du pôle externe du semi-lunaire, amena un résultat immédiat : dégonflement du ventre après évacuation de gaz et d'une masse énorme de matières, réduction du sigmoïde devenu presque normal. A la splanchnectomie pourraient être avantageusement substituées de simples infiltrations. Ainsi serait supprimé l'un des éléments de la grossesse nerveuse : l'augmentation de volume du ventre.

Mais l'auteur ne se dissimule pas que la tâche serait ainsi bien incomplète, la médication endocrinienne et le traitement psychique dépassant, ajoute-t-il, son sujet, et « paraissant plus complexes que l'infiltration des splanchniques » dont il demande l'essai.

René CHARPENTIER.

Ramollissement des deux lobes occipitaux. La perte des images-souvenirs, par J.-A. CHAVANY (*La Presse médicale*, 30 juin 1942).

A propos d'un cas très intéressant de double lésion occipitale, chez un homme de 40 ans, jusque-là bien portant, lésion bilatérale d'origine vasculaire probablement due à un spasme passager, M. J.-A. Chavany insiste sur les troubles paravisuels présentés par le malade. Si beaucoup d'agnosies

spatiales sont spécifiquement visuelles, donc occipitales, certaines peuvent être dues à des lésions extra-occipitales. Au cours des lésions occipitales, il existerait deux variétés pathogéniquement différentes de désorientation spatiale. Dans l'une, le sujet n'ayant pas perdu les représentations mentales de l'espace proche ou éloigné, la défaillance survient au moment de l'exécution ; il y a perte de l'orientation pratique. Ce maniement défectueux du monde extérieur proximal, attribué par M. Dide au centre pariétal droit, peut s'observer dans les lésions occipitales. L'autre variété, plus rare, à laquelle appartient le cas rapporté par M. Chavany, rend le malade incapable de formuler et de suivre, « aussi bien concrètement qu'abstraitemment », tel ou tel itinéraire. Globale, la désorientation spatiale est ici sous la dépendance de la dissolution des images-souvenirs et de l'impossibilité d'évocation des représentations visuelles. Il y a un trouble beaucoup plus étendu de la mémoire.

René CHARPENTIER.

Les troubles du langage chez l'enfant (dysgénésie des appareils du langage), par le professeur Ferdinand MOREL (de Genève). *L'hygiène mentale des enfants et des adolescents*, in *Collection d'actualités pédagogiques*, Delachaux et Nestlé édit., Neuchâtel et Paris.

Schématissant d'abord les phases les plus importantes de l'acquisition du langage, le professeur Ferdinand Morel, dans cette leçon faite à Genève au cours d'une série de conférences d'hygiène mentale organisées sous les auspices du Département de l'instruction publique, en situe les étapes successives en corrélation avec le développement des centres nerveux. Il montre ensuite comment la pathologie illustre les différents stades du schéma d'acquisition.

René CHARPENTIER.

Convulsions de l'enfant et encéphalographie, par M. G. HEUYER (*Société de pédiatrie*, séance du 16 novembre 1943).

Signalant que chez des enfants ayant eu des convulsions, l'encéphalographie a donné le complexe de Pointon, qui est constant dans l'épilepsie, M. G. Heuyer voit dans ce fait la confirmation que toutes les convulsions avec perte de connaissance sont d'origine épileptique. Pour le nourrisson, il considère que la révulsion oculaire correspond à une perte de connaissance.

R. C.

Enurésie et hérédité, par M^{me} ROUDINESCO (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 juillet 1943).

M^{me} Roudinesco souligne l'importance du facteur héréditaire dans l'enurésie. Sur 63 cas observés à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades, elle a relevé 32 fois une hérédité similaire. L'affection se retrouve surtout chez la mère (13 fois contre 4 fois chez le père). Il s'agit d'un caractère

récessif avec transmission maternelle pouvant sauter une génération. L'hé-rédo-syphilis ne joue pas de rôle important : elle semble intervenir surtout quand il y a incontinence diurne et nocturne à la fois, et en particulier quand il existe une incontinence concomitante du sphincter anal.

R. C.

Fréquence actuelle de la tétanie chez les enfants, par ETIENNE, CHEYNEL et COSTECALDE (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séances des 19 et 26 mars 1943, *Montpellier médical*, juillet-août 1943).

Les auteurs attirent l'attention sur la recrudescence actuelle très nette de la tétanie chez les enfants. Il s'agit aussi bien de tétanie post-opératoire que de tétanie spontanée (spasmophilie). Ils attribuent cette recrudescence à l'alimentation actuelle, dont la teneur est pauvre en calcium.

Cette complication, en rapport avec la carence calcique due à la sous-alimentation, est facilement jugulée par l'injection de calcium.

René CHARPENTIER.

Sur la fréquence et le polymorphisme des troubles nerveux de la puberté, par J.-A. BARRÉ (*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 30 mai 1943).

M. Barré passe en revue les diverses formes des troubles psychopathiques et neurologiques classifiés de la période pubérale et montre l'insuffisance de la conception actuelle.

Il ajoute aux formes décrites : 1° les crises hyperthermiques avec réactions méningées cliniques ; 2° des crises nerveuses à type épileptique mais très spéciales cependant par certains caractères et un pronostic favorable ; 3° des crises d'agitation psychomotrice qu'il ne classe nullement dans le cadre du pithiatisme, mais dont il fait une forme propre à la puberté et qu'il rapporte à la suractivité momentanée des centres neuro-végétatifs du diencéphale ; 4° la chorée pubérale qu'il a déjà fait connaître ; 5° un type clinique sérieux qui survit à la puberté et qu'il propose d'appeler hypercénesthésie asthénique.

R. C.

Sclérose tubéreuse de Bourneville, par R. DEGOS et J. LEREBoullet. (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1944).

Présentation d'un malade chez lequel existent des adénomes sébacés du type Pringle, des tumeurs périunguéales de Kœnen, de la phacomatose rétinienne, de l'épilepsie et des troubles intellectuels, des calcifications intracrâniennes et une association d'angiomes ostéo-hypertrophiques et, peut-être, de maladie de Recklinghausen.

R. C.

Sclérose tubéreuse de Bourneville chez 4 membres d'une famille, par R. DEGOS et O. DELZANT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1944).

Chez ces quatre malades : adénomes sébacés du type Pringle, épilepsie, calcifications intracrâniennes, léthalité fœtale.

R. C.

Trois cas de sclérose tubéreuse de Bourneville non familiale, par R. DEGOS, P. HENNION et J. DELORT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1944).

Trois cas dans lesquels il existe des adénomes sébacés du type Balzer et du type Pringle, des lésions gingivales, de l'épilepsie et des retards intellectuels.

R. C.

Les infections colibacillaires, leur fréquence, leurs particularités cliniques et leur traitement, par H. VINCENT (*Diagnostics et Traitements*, avril 1943).

La colibacillase sévit à tous les âges et peut atteindre tous les organes et tous les tissus. La raison en est la réceptivité humaine excessive pour le *Bacillus Coli* et la vitalité extrême de ce microbe, si souvent venu du tube digestif. Le professeur H. Vincent, dont on connaît les beaux travaux sur la colibacillase, a montré et, depuis 1925, a insisté à plusieurs reprises sur les effets jusqu'alors méconnus des poisons solubles secrétés par ce bacille. A côté de la toxine α , thermostable, toxine entérotope, existe une toxine β , entièrement distincte de la précédente, plus fragile, *toxine neurotrope* qui affecte pour le système nerveux tout entier une prédilection particulière et dangereuse. L'imprégnation par cette toxine de la substance grise cérébrale peut être cause, chez l'adulte comme chez l'enfant, de *troubles cérébraux variés et curables* : hypocondrie, idées délirantes, idées de suicide, fugues, psychoses diverses. Expérimentalement, le professeur H. Vincent a même pu déterminer, chez le lapin, des troubles psychiques évidents. La même toxine neurotrope donne parfois lieu chez l'homme (et très communément chez le lapin), à une myélite diffuse ascendante avec destructions histologiques de la moelle, survenant plusieurs mois, et parfois plusieurs années après une colibacillase aiguë ou chronique, urinaire ou autre.

La preuve de l'origine de ces divers troubles est faite par leur guérison sous l'action de la sérothérapie anticolibacillaire, qui est à la fois antimicrobienne et antitoxique. L'injection quotidienne de ce sérum pendant trois semaines, à la dose de 60 cm³ par jour, a amené la guérison de psychoses graves d'origine colibacillaire. L'une des malades, colibacillurique, internée depuis vingt ans, fut entièrement guérie par ce traitement. Il peut évidemment y avoir simple coïncidence de troubles mentaux et de colibacillase, ajoute le professeur H. Vincent. Peut-être aussi la toxine neurotrope est-elle susceptible de déterminer chez certains sujets des lésions irréversibles du cerveau ?

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

La conduite, point de vue fondamental de la connaissance (Verhalten als Erkenntniskategorie), par Carlo SGANZINI (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicule 3, 1943).

Dans cet article, l'auteur tend à donner une base scientifique à la psychologie en tant que théorie du comportement. Aucun des nombreux essais de ramener la réalité psychique à une simple *conduite*, en premier lieu le « behaviorisme » américain, mais aussi les théories de Pierre Janet, ne donnent entière satisfaction : pour Sganzi, la notion de *conduite* n'est qu'une transition qui doit amener à dépasser le stade d'une psychologie considérée en tant que science naturelle pour aboutir à la signification traditionnelle de la psychologie, en lui assurant un caractère formellement scientifique. L'idée du psychisme, puis de la vie en tant que conduite, nous amène à la forme fondamentale et universelle de l'être et du devenir, c'est-à-dire tout simplement de la réalité concrète. Réduite à son expression plus générale et plus simple, cette réalité consiste en la réalisation d'anticipations et de réactions à celle-ci, ce qui équivaudra au rythme, au sens le plus abstrait et le plus général, base et condition de toute « linéarité » (mathématiques et sciences naturelles). Le contenu essentiel du présent article est la démonstration que tout ce que l'on considère comme phénomène psychique (représentation, perception, sentiment ou émotion, volonté, surtout la conscience) n'est — vu dans sa fonction réelle — qu'un aspect ou un instantané de l'unité totale, de la « conduite » et en dérive naturellement et logiquement une fois qu'on en a saisi le principe. Conscience et trans-conscience (inconscient sous toutes ses formes) apparaissent comme éléments de la conduite. L'auteur est convaincu que ce n'est que par cette voie qu'on réussira à donner à la psychologie son unité et son universalité scientifique.

O. FOREL.

Une expérience sur le développement de la notion de temps, par Jean PIAGET (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, n° 3, 1943).

Note préliminaire relatant une des expériences en cours de l'auteur pour l'analyse génétique de la notion de temps chez les enfants de 4 à 12 ans, expérience dont les résultats, particulièrement simples, sont de ce fait spécialement instructifs. La notion fondamentale est celle de vitesse et le temps s'en dissocie peu à peu grâce à une construction solidaire de l'ensemble du système spatial et cinématique.

R. C.

L'organisation scientifique du travail, par Nicolae MARGINEANU (58 pages in *Revista de psihologie teoretica si aplicata*, avril-juin 1943).

L'organisation scientifique du travail est l'une des disciplines fondamentales de la psychotechnique. Elle a pour but de rendre le travail agréable, avec le maximum de rendement et le minimum de fatigue, et d'en éliminer les accidents. L'auteur rappelle les premières tentatives de Taylor et expose les principes généraux du taylorisme, du fordisme et du fayolisme.

Les mouvements inutiles doivent être supprimés ; ceux qui sont strictement utiles devront être réglés de façon unitaire et rythmique. De bonnes méthodes de chronométrage détermineront le temps optimum de travail et organiseront les pauses nécessaires à la récupération des forces. L'auteur insiste avec juste raison sur les conditions du travail à l'atelier, les prescriptions de l'hygiène, les conditions d'éclairage indispensables, la normalisation et l'adaptation à l'ouvrier des outils de travail. Il analyse les causes et la nature de la fatigue professionnelle et indique les moyens d'y remédier. Il termine cet important travail par l'étude du problème de la monotonie du travail.

René CHARPENTIER.

Présentation d'un tableau des principales contre-indications médicales en orientation professionnelle, par R. LAFON. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 février 1943. *Montpellier médical*, mai-juin 1943).

Présentation d'un tableau établi par M. R. Lafon à l'usage des médecins qui, dans les Groupements de Jeunesse ou dans les Centres du Travail des Jeunes, sont appelés à collaborer à l'orientation professionnelle. Ce tableau indique, en ordonnées, les constatations médicales et, en abscisses, les qualités nécessaires à l'exercice des métiers ou les dangers qu'ils peuvent faire courir à ceux qui les pratiquent. A l'entrecroisement des colonnes, les hachures indiquent les cas où il y a contre-indication. Une feuille de conclusions permet, dans un second temps, d'inscrire les résultats et de guider ainsi, dans une certaine mesure, le candidat, la famille et le conseiller d'orientation lui-même, pour le choix de la profession. Si tout le problème médical de l'orientation professionnelle ne se trouve pas ainsi résolu, ce tableau est toutefois de nature à faciliter la tâche des médecins non spécialisés.

René CHARPENTIER.

L'élève meneur de jeu (Elevul conducator), par Lucien BOLOGA (47 pages in *Revista de psihologic teoretica si aplicata*, avril-juin 1943),

Cette étude des traits caractéristiques du meneur de jeu dans les sports, divertissements et jeux des jeunes gens, est basée sur une enquête portant sur 1.932 garçons et 1.309 filles, de 9 ans et plus, et faite dans diverses écoles primaires et secondaires. L'auteur s'y propose d'établir les raisons pour lesquelles un certain élève d'une classe se fait obéir de ses camarades, leur est ou non sympathique, celles aussi pour lesquelles d'autres élèves seraient de médiocres meneurs de jeu. Il envisage successivement les qualités intellectuelles, les qualités morales et de caractère, les qualités de tempérament, les qualités particulières de « meneur ».

En conclusion, le meneur de jeu est un élève qui s'entend aux jeux, a de l'initiative dans leur organisation et leur direction, qui est vif, gai sans manque de sérieux ni légèreté, et qui sait s'imposer, tantôt par sa personnalité elle-même, tantôt par la méthode qu'il emploie, tantôt par son attitude de défenseur de l'unité et des intérêts du groupe. Pendant l'enfance, il s'identifie souvent avec le « bon élève », non seulement parce que ses « succès scolaires » orientent ses camarades vers lui, mais parce qu'il dispose en général, en plus, des qualités nécessaires au meneur de jeu. A la

puberté, et surtout pendant l'adolescence, le bon meneur s'identifie à l'initiateur et à l'organisateur des jeux, sujet qui sait, quand il le faut, rester sérieux sans avoir pour cela un caractère grave et fermé. Spécialement pendant l'enfance, c'est l'altruisme, la douceur, l'esprit d'assistance, le sérieux, qui assurent au meneur la sympathie des « menés », ses camarades. Pendant l'adolescence, ce sera, à côté des qualités spécifiques du meneur, un caractère naturellement ouvert et toujours bienveillant.

Bien que cela puisse paraître étonnant, les qualités physiques nécessaires à un meneur de jeu ne sont que rarement mentionnées par les garçons ; elles ne le sont pas du tout par les filles.

René CHARPENTIER.

L'élève meneur à la puberté et à l'adolescence (*Conducatorul tineretului în epoca pubertatii si adolescentei*), par Lucian BOLOGA (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, juillet-septembre 1943).

L'auteur envisage d'abord le meneur pubère dans le cadre des groupements spécifiques de l'époque actuelle, à cet âge. La « bande », forme sociale spécifique à la puberté, résulte d'une nécessité psycho-physiologique, besoin impérieux de mouvement en rapport avec la nervosité de l'époque, d'expérience nouvelle, d'un romantisme plein de fantaisie et de sensationnel, de tendance à l'émancipation de la famille et à l'auto-direction. L'attitude résolue, le courage, l'esprit d'initiative, l'intelligence des possibilités, l'éveil de la sympathie sont nécessaires à un « chef de bande ». Si cette forme sociale est spéciale aux garçons, il existe cependant aussi chez les jeunes filles un esprit d'émancipation que révèlent certains groupements.

D'une enquête auprès de 72 adolescents meneurs et 49 adolescentes meneuses, l'auteur tire un certain nombre de conclusions sur la date d'apparition, généralement à l'école secondaire, et la continuité de la direction, les causes aussi qui la font cesser. Il s'est attaché également à mettre en lumière les buts que poursuit le meneur, les moyens (liberté, surveillance, appel à la raison, au bon sens, exemple personnel, isolement des récalcitrants, etc.) et la manière (le plus souvent sans apparaître au premier plan) de la direction. Le désir du meneur, son but, est d'obtenir une harmonie complète, une solidarité inébranlable avec confiance et affection pour le meneur en vue d'un but commun à réaliser. L'adolescent meneur a une vocation, une impulsion à la direction qui équivaut pour lui à une nécessité de vie, qui lui procure des états affectifs très variés.

En terminant cette étude, l'auteur signale l'influence sur le mode de direction et sur l'activité du meneur, de menés ayant dans certains domaines des qualités supérieures, des adolescents de l'autre sexe, de l'opinion des chefs ou de l'opinion d'autres personnes.

René CHARPENTIER.

Valeur formelle des mots pour la mémoire associative, par Dumitru SALADE (*Revista de psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1943).

Le but de l'auteur est de rechercher en quelle mesure la forme seule peut, dans le processus de mémorisation, déterminer l'impression, la conservation, l'évocation et la reconnaissance. Pour cela, il établit 14 listes ayant chacune 10 paires de mots groupés suivant diverses indications ; ce

test est ensuite expérimenté sur deux groupes de sujets (430 par voie auditive et 414 par voie visuelle). Ces 844 sujets, garçons et filles, élèves de classes secondaires, ont de 15 à 23 ans.

Le nombre des sujets et celui des listes permet d'apprécier la valeur des résultats obtenus, lesquels d'ailleurs confirment en grande partie ceux de Köhler, von Restorff, Seagoe, Thorndike, etc. Les mots ayant un sens sont plus facilement retenus que les mots privés de sens. Le facteur formel joue un très grand rôle dans le processus de perception et de mémorisation. La différenciation de la forme et du sens facilite la rétention. Contrairement à ceux de certains auteurs, les résultats de M. Dumitru Salade n'indiquent pas de différence sensible entre les deux catégories, auditive ou visuelle, de la mémoire : le coefficient de corrélation entre le type auditif et le type visuel est de + 0,60 pour les mots et de + 0,83 pour les listes.

L'auteur conclut à la grande valeur, en ce domaine, des principes de l'école configurationniste. Cette théorie permet, en particulier, une explication facile du processus de reconnaissance, processus dans lequel la forme et le sens jouent ensemble le rôle le plus important. Il fait remarquer, d'autre part, que les conclusions de ce travail montrent l'utilité d'une expérience préalable lorsqu'il s'agit de composer un test de mémoire, afin de déterminer les mots les mieux appropriés.

René CHARPENTIER.

Psycho-physiologie musicale, par le Dr Gabriel COTUL (*Revista de psihologie teoretică și aplicată, Sibiu*, octobre-décembre 1943).

Important travail de 82 pages, dans lequel l'auteur, dans un but didactique, classe sous quatre chapitres l'ensemble des problèmes essentiels de la psycho-physiologie musicale.

Le premier chapitre traite de la *physiologie de l'appareil auditif* (conceptions classiques et théories récentes, phénomène de Wever et Bray et recherches complémentaires d'où M. Gabriel Cotul tire des déductions pour l'analyse des sons).

Le deuxième chapitre contient l'exposé des problèmes complexes de l'*acoustique psychologique*, exposé dans lequel interviennent des notions d'anatomie, de physiologie, d'acoustique physique, d'esthétique, de psychologie. On y trouvera l'analyse de la fonction auditive musicale et des qualités des sons distingués par leur fréquence, leur amplitude, leur timbre, leur durée. Le chapitre se termine par la présentation des éléments quantitatifs de la mélodie : mouvement, mesure et rythme.

La *psychologie musicale* est le sujet du troisième chapitre. Qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, les divers éléments de la mélodie doivent subir un processus de synthèse qui est l'œuvre de l'intelligence, de cet aspect partiel de l'intelligence qu'est l'intelligence musicale. Dans cette troisième partie, l'auteur traite de la surdité tonale et musicale, de l'imagination musicale, des états affectifs musicaux et de la mémoire musicale : mémoire tonale, mémoire des éléments quantitatifs de la mélodie (du mouvement, de la mesure, du rythme), mémoire musicale proprement dite (de reconnaissance, de reproduction), mémoire musicale globale. Il y montre l'importance des problèmes de l'hérédité et de l'éducation, insistant sur le rôle considérable de l'hérédité pour la dotation musicale.

Le quatrième chapitre, enfin, est consacré à la *mesure de l'aptitude musicale*, à l'exposé des différents procédés proposés pour l'examen de l'aptitude

musicale : tests individuels et collectifs, méthode active et méthode passive, examens partiels et examens intégraux. La méthodologie de ces tests varie d'après les divers auteurs, mais les résultats obtenus à l'aide des méthodes récentes permettent généralement l'établissement d'un profil musical, chaque élément (capacité musicale) se situant à un certain niveau qui en indique le degré.

Nombreux sont ceux qui liront avec intérêt l'exposé par M. Gabriel Cotul de cette question si complexe de l'aptitude musicale. Car si, jusqu'à la fin du siècle dernier, on considérait ce problème comme peu compliqué et se réduisant à un processus sensoriel acoustique sous la dépendance de la fonction auriculaire auditive, Carl Stumpf, en 1901, pouvait affirmer que « la musique est quelque chose de plus qu'une simple production de sons ». Qui en douterait aujourd'hui ?

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

Valeur et fonction des phénomènes psychiques, par Ch. ODIER (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, n° 3 et n° 4, 1943).

Bien que la réduction des symptômes et conduites aux stades d'organisation des pulsions instinctives (libido et agression) demeure l'objet principal de la psychanalyse, elle se heurte chaque jour à des problèmes génétiques et fonctionnels. Génétique, la psychanalyse l'est au premier chef, par sa méthode autant que dans son but, et c'est l'analyse de la vie inconsciente qui permet de dégager la valeur fonctionnelle des phénomènes. Or, cette analyse a montré que, dans la majorité des cas, la valeur et la fonction ne coïncident pas. À l'aide d'une série de tests destinés à préciser le mode de transition de la morale filiale ou hétéronome à la morale autonome, l'auteur a pu établir comment l'enfant passe graduellement et pour la première fois du domaine des fonctions dans celui des valeurs. Tout progrès dans le domaine affectif entraîne un progrès de la pensée et du jugement.

M. Ch. Odier donne ensuite des exemples de dissociation, chez l'adulte, des fonctions et des valeurs, exemples qui mettent en évidence un genre particulier d'« illusions » que les êtres se font sur eux-mêmes. Il y aurait illusion quand prédominerait la fonction inconsciente. Valeur fautive est synonyme de « déterminisme inconscient », c'est-à-dire fonctionnel. À l'inverse de fautive valeur ou, si l'on veut, de fonction, vraie valeur devient à peu près synonyme de liberté ; elle implique une autonomie du Moi, délivré de l'hégémonie des tendances refoulées. L'auteur énonce, pour terminer, quelques principes, et conclut que la psychanalyse fonctionnelle élargit le champ de la psychologie fonctionnelle proprement dite en introduisant le terme de « valeur » dans les relations qu'elle étudie.

R. C.

Biologie de la dynamique affective et du symbolisme, par E. FREY (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 1, 1942).

Le principe dynamique est prédominant dans les manifestations de la vie affective telles que le rêve, les pleurs, le tremblement, la rougeur ou la pâleur du visage, etc. L'affectivité se déclenche avec une étonnante rapidité, même avant que le conscient en soit saisi.

M. Frey résume la doctrine de Monakow au sujet du développement des instincts et de l'affectivité. Il examine ensuite comment se comporte le dynamisme affectif chez les névrosés. Il se préoccupe surtout de la thérapeutique; il utilise l'hypnose pour amener le malade à extérioriser ses « engrammes » et à intensifier ses manifestations inconscientes. Il cite de nombreux rêves et en analyse le symbolisme. Il montre comment évolue le dynamisme des sentiments.

H. BERSOT.

Deux poèmes d'inspiration narcissique, par László Tóth (de Leysin). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, 1943, n° 1/2).

M. László Tóth précise qu'il emploie le mot « narcissisme » dans le sens d'une franche anomalie de la vie érotique, réalisée par des désirs éveillé et assouvi par le propre corps de celui qui en est atteint, sans discuter ses rapports avec ce qu'en langage freudien on appelle attitude narcissique. Les deux poèmes dont il donne, *in extenso*, la traduction faite par l'auteur même de ces deux poèmes, expriment en effet, de façon très caractéristique, un narcissisme évident, dominant, persistant. Ils sont d'ailleurs intitulés « Narcisse I » et « Narcisse II ». Leur auteur, âgé d'une cinquantaine d'années, est un cyclothymique, de type athlétique, et à qui les circonstances furent une vie agitée. Ses poèmes, tantôt rédigés en français, tantôt écrits dans la langue maternelle de l'auteur, traitent, soit de thèmes religieux ou historiques sur un ton épique, grandiloquent, conventionnel, soit de sujets érotiques sur un ton badin, non exempt d'une certaine mièvrerie. Mais, l'originalité des images, l'émotion qui s'en dégage, ont permis à ces poésies de trouver sans difficulté un éditeur.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Retentissement sur l'ensemble du neurone d'effets localisés au corps cellulaire (péricaryone), par M^{me} B. et P. CHAUCHARD (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 18 janvier 1943).

M^{me} B. et M. P. Chauchard ont observé antérieurement que les modifications de chronaxie des zones motrices du cortex cérébral s'accompagnent d'une variation parallèle et de même sens de la chronaxie des nerfs moteurs périphériques correspondants; ce dernier changement n'est que le retentissement du processus central, car il disparaît après séparation du nerf d'avec les centres. Il s'agit d'un phénomène de subordination (L. et M. Lapieque). D'autre part, M. Lapieque avait constaté que l'injection d'une certaine dose de strychnine qui abaisse la chronaxie d'un nerf relié aux centres est insuffisante pour exercer cet effet sur le nerf sectionné.

Une action électrique portant sur les péricaryones sensitifs du ganglion spinal provoque à distance sur l'ensemble du neurone sensitif une modification d'excitabilité qui se propage aussi bien dans le sens de l'influx (racine sensitive) que dans le sens inverse (nerf sensitif périphérique). Ces actions locales sur des fibres nerveuses n'entraînent, au contraire, jamais un tel retentissement, elles ne modifient l'excitabilité qu'au point intéressé et dans son voisinage.

R. C.

La guanidine est-elle responsable d'accidents nerveux dans l'intoxication azotémique ? par M. LOEPER, R. LESOBRE, P. BRETON et R. BAPTISTE (*La Presse médicale*, 23 octobre 1943).

Si les indications pratiques du dosage d'urée dans le sérum sanguin ne sont pas contestées, l'accord n'est guère réalisé sur la toxicité respective de l'urée et des différentes fractions azotées non uréiques. Proche-parente de la créatine, la guanidine présente expérimentalement une action convulsivante. Dans l'éclampsie, état convulsif où la participation rénale n'est pas douteuse, le taux de la guanidine sanguine est élevé.

Recherchant si, dans la séméiologie si riche de la grande insuffisance rénale, la guanidine ne représente pas un élément spécifique, MM. Loeper, Lesobre, Breton et Baptiste ont procédé à son dosage dans le sang de quelques malades, suivant la technique de Major et Weber. Tout en déplorant le défaut de sensibilité et même de spécificité du dosage de la guanidine, ils concluent qu'il n'y a pas de relation stricte entre le taux de l'urée sanguine et celui de la guanidine, mais que les résultats obtenus ne permettent pas d'affirmer que la guanidine soit la cause constante des accidents convulsifs.

Toutefois, la guanidine s'est montrée plus constante que l'urée dans les états convulsifs. Elle paraît avoir un rôle important dans la genèse des éléments cloniques, choréiques et choréo-athétosiques ou convulsifs, comme la tyramine a son rôle dans la production de l'hypertension, l'histamine dans la production de certains œdèmes, les corps phénols dans la pigmentation. Ainsi se préciserait chaque élément du syndrome toxique de l'urémie.

René CHARPENTIER.

Etude comparative des modifications d'excitabilité nerveuse dans les principales avitaminoses, par Paul CHAUCHARD (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 10 mai 1943).

L'analyse chronaximétrique des troubles nerveux avitaminosiques se montre très fructueuse, précisant le siège et le mode d'action de la carence. Ses données s'accordent avec les observations classiques : la diminution des chronaxies nerveuses par trouble encéphalique dans l'avitaminose B1 avec l'existence de crises convulsives cérébelleuses ; la métachronose analogue de l'avitaminose A avec l'excitation des animaux carencés ; l'augmentation des chronaxies dans le scorbut est parallèle à l'asthénie des sujets qui apparaît ainsi comme d'origine non pas périphérique, mais encéphalique. De plus, elle permet de déceler des troubles latents du fonctionnement nerveux ne se manifestant pas encore (précarence) ou qui ne se manifesteront jamais par des signes cliniques. Cette méthode est donc un test très sensible, particulièrement précieux pour l'étude des états de carence ; elle permet également de suivre la correction de ces états par l'apport de substances variées dont on peut ainsi apprécier l'activité vitaminique.

R. C.

Les effets opposés de l'histamine et d'un antihistaminique de synthèse (2339 RP) sur l'excitabilité nerveuse, par M^{me} B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD (*Société de biologie*, séance du 11 décembre 1943).

Les auteurs montrent par la méthode chronaximétrique que l'histamine déprime les centres nerveux tandis que l'antihistaminique de synthèse les

excite, soit un antagonisme analogue à celui des barbituriques et de la strychnine. En application sur les fibres sympathiques, histamine et 2339 RP bloquent également la conduction, mais suivant deux mécanismes opposés : la première en augmentant la chronaxie comme la nicotine, le second en la diminuant comme la strychnine, quand les fibres sont préganglionnaires ; sur les post-ganglionnaires, des actions analogues existent mais inversées : l'histamine diminue et le 2339 augmente les chronaxies. Ces effets nerveux doivent intervenir, à côté des actions de siège plus périphérique, dans le déterminisme des réactions générales provoquées par ces deux corps.

R. C.

Sur un syndrome convulsif consécutif à l'excitation électrique de la moelle, par P. GLEY, M. LAPPE, J. RONDEPIERRE, M.-H. HORANDE et T. TOUCHARD (*Revue neurologique*, mai-juin 1943).

C'est la première fois, semble-t-il, que des crises convulsives ont été obtenues par l'excitation électrique de la moelle épinière seule. De leurs expériences sur le cobaye et sur le rat qui, en raison de la résistance de leur cœur au courant électrique, constituent les espèces de choix, mais aussi sur le chien, le lapin, la grenouille, les auteurs concluent que l'excitation électrique de la moelle, au moyen d'électrodes placées sur le coccyx et sur la région cervicale, peut provoquer, à condition qu'elle soit suffisamment intense, un syndrome convulsif dont la symptomatologie est analogue à celle de l'épilepsie. Le phénomène se produit aussi bien après section sous-bulbaire ou même dorsale de la moelle, ce qui montre que son siège est médullaire. Il se produit encore plus de quatre jours après cette section, délai de la dégénérescence physiologique des neurones, ce qui prouve qu'il résulte de la mise en activité de neurones propres à la moelle et non de neurones extramédullaires.

Se bornant dans ce mémoire à établir la réalité du phénomène, les auteurs n'abordent pas l'étude du mécanisme de ces convulsions médullaires, se réservant de revenir sur ce sujet dans l'exposé ultérieur de leurs recherches sur l'électro-choc.

René CHARPENTIER.

Sur le mécanisme de l'épilepsie expérimentale, par Jean-Louis PARROT et J. LEFEBVRE (*Société de biologie*, séance du 13 novembre 1943).

Les auteurs supposent que l'excitant électrique libère dans l'écorce cérébrale une substance, telle que l'acétylcholine, capable d'agir sur les cellules corticales. La libération, la diffusion, l'épuisement de la substance rendrait compte, dans cette hypothèse, de la longueur du temps de latence, de l'extension des convulsions même après la fin de l'excitation, et de la phase réfractaire.

Ils provoquent chez le chien des crises épileptiques par de fortes excitations électriques et éprouvant le sang veineux cérébral de l'animal sur le muscle dorsal de sangsue, ils voient apparaître, à la suite de la crise, une activité de type acétylcholinique transitoire qui, d'une expérience à l'autre, varie à peu près comme l'importance des convulsions.

R. C.

Dissociation expérimentale par l'électro-choc du syndrome humoral de l'épilepsie convulsive et de l'absence épileptique, par JEAN DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 27 novembre 1943).

Les auteurs mettent en évidence les différences importantes existant entre le syndrome humoral de la crise convulsive par électro-choc, fait d'hyperglycémie, d'hyperprotidémie, d'acidose, d'hyperleucocytose sans modification des monocytes, et le syndrome humoral de l'absence épileptique par électro-choc fait d'hyperglycémie, de légère hypoprotidémie, d'alcose, d'augmentation des monocytes sans hyperleucocytose notable.

L'hyperglycémie se produit donc aussi bien dans l'absence que dans la convulsion et les auteurs la rapprochent du syndrome sympathique de l'électro-choc, qui peut être expérimentalement reproduit, y compris l'hyperglycémie, par excitation électrique de l'hypothalamus.

R. C.

Action comparée des barbituriques, des hydantoïnes et des bromures sur l'épilepsie électrique du rat, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 22 janvier 1944).

L'épilepsie expérimentale du rat, obtenue par électro-choc, s'accompagne d'une nette hyperglycémie, comme l'épilepsie électrique de l'homme.

L'administration préalable de barbituriques (éthylphénylmalonylurée) empêche la production de l'épilepsie électrique et de l'hyperglycémie, contrairement à l'administration d'hydantoïne ou de bromure. Chez l'animal hydantoiné (diphénylhydantoïne), on obtient la crise convulsive et l'hyperglycémie à condition d'augmenter le milliampérage et le voltage : la crise est modifiée, elle est caractérisée par un raccourcissement de la phase tonique et un allongement de la phase clonique. Chez l'animal bromuré (bromure de sodium), on obtient la crise convulsive et l'hyperglycémie sans augmentation du milliampérage ni du voltage : la crise est modifiée et de type essentiellement tonique.

R. C.

L'indice galvanotonique, mesure de l'hyperexcitabilité nerveuse au cours de la tétanie, par Raymond TURPIN et Jacques LEFEBVRE (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 12 avril 1943).

MM. Raymond Turpin et Jacques Lefebvre définissent cet indice par le rapport de l'intensité seuil qui donne une contraction soutenue pendant le passage du courant avec l'intensité seuil qui donne la contraction seuil. Sur un sujet normal, cet indice sur le nerf est égal ou supérieur à 2 ; au point moteur, il varie de 6 à 3 selon que l'on a affaire à un segment proximal ou distal. Pendant la crise de tétanie, dans la tétanie latente, ainsi que dans la crise de tétanie déclenchée par hyperpnée chez le sujet normal, on constate, parallèlement à l'augmentation des chronaxies, l'abaissement de rhéobase et l'abaissement de l'indice galvanotonique, qui tend vers 1 (*i, g* étant mesuré soit au centre médullaire, soit au tronc nerveux, soit au point moteur). Cet indice constitue, au cours de la tétanie, une véritable mesure de l'aptitude à pulser du système neuro-musculaire.

R. C.

Les modifications de l'électromyogramme élémentaire et les troubles de la transmission neuro-musculaire dans la tétanie, par Raymond TURPIN, Jacques LEFEBVRE et Jean LERIQUE (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 19 avril 1943).

Les auteurs étudient l'électromyogramme élémentaire au cours de la tétanie par hyperpnée, chez le sujet normal, puis au cours de la tétanie latente. L'électromyogramme de la tétanie se distingue de l'électromyogramme de la contraction volontaire, non par la fréquence des accidents, mais par leur forme : ils répètent, sous forme de doublets, à un intervalle de 12/1.000 de seconde, la pointe de l'électromyogramme élémentaire.

Les auteurs signalent la corrélation entre cet accident et la baisse de l'activité cholinestérasique sanguine au cours de la crise de tétanie.

R. C.

Enregistrement électrique des nystagmus, par R. CAUSSÉ (*Société de laryngologie des hôpitaux de Paris*, séance du 20 décembre 1943).

M. R. Caussé montre l'intérêt, pour l'étude du nystagmus, de la technique qui met à profit les différences de potentiel rétino-cornéennes. On peut ainsi mettre en évidence l'influence de la fermeture ou de l'ouverture des yeux sur le nystagmus spontané ou provoqué. L'antagonisme des actions vestibulaire et visuelle est rendu particulièrement évident par ce procédé d'enregistrement, par exemple dans le cas de nystagmus spontané congénital et dans celui du nystagmus dit latent où la fermeture d'un seul œil provoque des changements de sens des secousses oculaires.

R. C.

Modification de l'électro-encéphalogramme au cours des thromboses expérimentales, par Ivan BERTRAND et J. GODET-GUILLAIN (*Société de biologie*, séance du 10 juillet 1943).

Chez des chiens chloralosés ayant reçu des extraits de substances cérébrales, les auteurs ont enregistré simultanément les électro-encéphalogrammes frontaux et occipitaux, ainsi que l'électro-cardiogramme. Après l'injection thromboplastique, l'électro-encéphalogramme présente dans un délai de quelques secondes des potentiels très élevés et constituant de grandes ondes lentes ou des secousses rapides. Quelques minutes après le choc, l'amplitude des potentiels diminue considérablement, en même temps que le tracé s'épure par la disparition des ondes β . L'aspect linéaire du tracé laisse prévoir une mort imminente. Des différences régionales de l'électro-encéphalogramme résultent d'une réaction distincte vis-à-vis du processus thromboplastique des territoires vasculaires carotidiens et vertébraux.

R. C.

Etude comparée des divers constituants nerveux encéphaliques au point de vue thrombocinétique, par Ivan BERTRAND et D. QUIVY (*Société de biologie*, séance du 13 novembre 1943).

MM. Ivan Bertrand et D. Quivy comparent l'activité thromboplastique des divers constituants nerveux encéphaliques. Par rapport à l'extrait total du

cerveau, la substance blanche ne présente qu'une efficacité minime, la substance grise par contre étant infiniment plus active. L'examen des substances grises provenant des différents lobes n'a permis aucune discrimination régionale. Quant aux noyaux gris et aux lamelles cérébelleuses, dont la teneur élevée en substance grise est manifeste, leur activité ne dépasse guère celle de l'extrait total de cerveau.

R. C.

Sur le mécanisme périphérique de la douleur. Intervention de l'histamine dans la brûlure et le prurit, par Jean-Louis PARROT (*Société de biologie*, séance du 10 juillet 1943).

En dépit des expériences de Rosenthal et Minard, il ne paraît pas vraisemblable à l'auteur que l'histamine intervienne dans le mécanisme périphérique de la douleur provoquée par pincement, piqûre, incision et excitation faradique de la peau. Par contre, il établit qu'un antagoniste de l'histamine, le chlorhydrate de diméthyl-amino-éthyl-N-benzylaniline ou 2339 RP, permet d'accroître notablement la durée pendant laquelle le contact de l'eau brûlante (au-dessus de 54°) est toléré ; or, l'échauffement de la peau libre de l'histamine ; d'autre part, l'introduction de cette substance dans le derme provoque une vive brûlure. L'histamine intervient donc dans le mécanisme périphérique de cette sensation, que l'excitant soit physiologique (chaleur) ou pathologique (zona...). Enfin, le prurit est provoqué par la libération d'histamine dans les couches superficielles de la peau.

R. C.

Malformations congénitales, pathogénie et hérédité, par L. LAMY (*Revue médicale française*, août 1943).

Aucune des théories envisagées pour l'origine et le mécanisme des malformations congénitales (théories mécanique, musculaire, nerveuse, inflammatoire, théorie de l'arrêt de développement, théorie embryogénique) ne rend compte de la majorité des faits et ne donne même l'explication entièrement satisfaisante des cas auxquels elle paraît le mieux s'appliquer.

Cependant, les récentes recherches des biologistes et leurs expériences concernant les mutations, l'hérédité, la tératologie ont révélé le rôle des gènes des chromosomes. M. Lamy rappelle les travaux si intéressants de Morgan, de Wolff (de Strasbourg), de Cuénot (de Nancy). Dans certaines conditions, des malformations bien déterminées ont pu être provoquées à coup sûr chez des insectes et même chez des vertébrés. Des rapprochements entre les malformations et les maladies congénitales et héréditaires des animaux d'une part, et celles de l'homme, d'autre part, permettent donc d'en entrevoir la pathogénie.

René CHARPENTIER.

Rachitisme expérimental obtenu par simple alcalose et sans déséquilibre phosphocalcique, par Raoul LECOQ (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 5 avril 1943).

Il est possible de provoquer, chez le rat maintenu à l'obscurité, par simple addition de bicarbonate de sodium ou de citrate trisodique (sels générateurs d'alcalose) à un régime d'équilibre phospho-calcique satisfaisant,

mais carencé en vitamine D, des lésions rachitiques guérissant spontanément par auto-défense de l'organisme. Ce rachitisme se distingue des formes plus graves, compliquées de déséquilibre phospho-calciqne, obtenues avec le carbonate et le gluconate de calcium, dans lesquelles les lésions ne guérissent qu'à très longue échéance et en laissant subsister souvent des déformations osseuses marquées.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les problèmes scientifiques et pratiques communs à l'hygiène mentale, à la psychiatrie et à la prévoyance en faveur des infirmes et des anormaux, par le Dr A. REPOND (de Malévoz-Monthey). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, hygiène mentale*, novembre 1941).

S'élevant contre des tendances idéologiques qui, au delà même de procédés de prophylaxie héréditaire tels que la stérilisation et la castration, visent, par des mesures plus radicales encore, à l'extinction des individus que la fatalité héréditaire ou le hasard des circonstances a rendu inévitablement malades, M. André Repond montre l'analogie des problèmes qui concernent l'assistance aux malades mentaux et l'assistance à certaines catégories d'infirmes et d'anormaux, auxquels la psychiatrie aurait bien des raisons de s'intéresser. Si différentes qu'elles soient, les différentes catégories d'infirmités ou d'anomalies, qui toutes ont ce point commun de diminuer la valeur personnelle et sociale des individus, relèvent, à des degrés divers, de la psychiatrie et bénéficieraient, au point de vue thérapeutique, des nouvelles méthodes médicales et psychothérapiques complétant ou remplaçant les anciens procédés éducatifs. Dans cet immense domaine, une coopération constante amènerait des progrès nouveaux, des résultats tangibles, thérapeutiques et prophylactiques. La méthode radicale de stérilisation, qui se heurte, en Suisse comme ailleurs, à des résistances invincibles, est loin d'avoir, même dans les pays où elle est appliquée avec rigueur, l'efficacité prophylactique qu'attendaient d'elle ses promoteurs. Il serait d'ailleurs erroné de vouloir appliquer une mesure prophylactique identique à une anomalie dont l'étiologie peut être diverse.

La collaboration du psychiatre avec les institutions d'éducation pour anormaux, arriérés, épileptiques, enfants ou adolescents difficiles, doit être étendue. Koller a montré que beaucoup d'arriérés sur lesquels avait été primitivement porté un pronostic pessimiste, s'étaient, avec les années, développés au point de gagner normalement leur vie. Les épileptiques sont, en majorité, mal ou insuffisamment soignés ; certains même ne le sont pas du tout. Pour le traitement des enfants difficiles, il faut à la fois envisager un traitement psychothérapique s'il s'agit d'anomalies psychopathiques, ou le changement de milieu s'il s'agit de troubles purement réactifs (mère névropathe, père alcoolique, non satisfaction des besoins les plus élémentaires, etc...) et, dans les cas d'étiologie complexe, l'association de ces deux méthodes. Tout cela ne peut être fait que sous contrôle psychiatrique. Or, ces enfants nerveux, difficiles, dissociaux, sont trop souvent traités par des méthodes, non seulement périmées et inopérantes, mais qui sont parfois un défi aux connaissances les plus élémentaires de la psychologie et de la psychopathologie.

A la suite de cet exposé du Dr André Repond, la *Société suisse de psychiatrie*, à l'unanimité de ses membres, décida (15 juin 1941) : de s'intéresser activement, en tant que Société scientifique, à la prophylaxie et au traitement de ces maladies et de ces anomalies ; d'établir une organisation commune avec les associations comme « Pro Infirmis » ; d'encourager ses membres à collaborer activement avec tous établissements, associations, œuvres, services sociaux s'occupant d'anormaux et surtout d'enfants ou adolescents ; de favoriser dans chaque canton la création de services médico-pédagogiques destinés au dépistage des anomalies nerveuses, mentales et caractérologiques ; de demander aux professeurs de psychiatrie qu'ils consacrent une partie de leur enseignement universitaire aux anomalies et infirmités mentales, à leur importance sociale et à la nécessité de leur prévention ; d'encourager ses membres à donner, dans les écoles normales, des cours destinés à mettre le personnel enseignant en état de faciliter l'œuvre de dépistage précoce des anomalies et infirmités mentales de l'enfance et de l'adolescence.

Notre Société médico-psychologique serait sans doute bien inspirée de mettre à son ordre du jour, et dans le même but pratique, ces importantes questions.

René CHARPENTIER.

Sur la prophylaxie de la jalousie, par Aug. LEY (de Bruxelles). (*Gesundheit à id Woh fahrt, Revue suisse d'hygiène, hygiène mentale*, février 1941).

Emotion ou passion criminalisante par excellence, la jalousie peut et doit incontestablement être combattue et réfrénée, et cette importante, difficile, question fut mise à l'ordre du jour de la Section de prophylaxie criminelle constituée au sein de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale. Tandis que l'envie est due au désir d'obtenir ce qu'un autre possède, la jalousie est la crainte de perdre ce que l'on possède soi-même. Elle a une base instinctive profonde ; on sait sa généralité, son apparition précoce dans la psychogénèse infantile, son existence chez l'animal. C'est, dit Larguier des Bancelles, un « sentiment de propriétaire » et le professeur Aug. Ley fait remarquer que c'est, en particulier dans la jalousie amoureuse, un « désir de monopole exclusif ». C'est surtout à la jalousie amoureuse que doit s'appliquer la prophylaxie criminelle, jalousie amoureuse sous toutes ses formes : émotion-choe, inclination jalouse, jalousie-passion, jalousie pathologique délirante, avec ruminations mentales douloureuses, réactions violentes, surtout chez les types psychologiques visuels, à tendances eidétiques, manifestations dépressives. Ces modes de réaction, actif ou passif, s'observent aussi couramment chez les animaux.

Pour combattre les manifestations de la jalousie, Laumonier conseille de traiter, non seulement l'état névropathique du sujet, mais les troubles, qu'il considère comme particulièrement importants, des fonctions hépatiques. Mais un rôle capital doit être réservé à la psychothérapie. Le professeur Aug. Ley indique quelle devra être, selon les cas, l'attitude du médecin, et les difficultés que présente l'éloignement du milieu lorsque la crainte de réactions violentes rend cet éloignement désirable. Il rappelle l'importance de la lutte contre l'alcoolisme et en particulier l'influence sur la jalousie de l'alcoolisme chronique ignoré, de l'« alcoolisme mondain », l'importance aussi de la prophylaxie des sentiments de jalousie chez l'enfant.

C'est surtout chez les psychopathes que la jalousie donnera lieu à des réactions délictueuses ou criminelles, les formes de jalousie banale se présentant davantage comme un inconvénient familial sans retentissement social.

René CHARPENTIER.

L'éducation sexuelle de nos enfants, par le Dr G. RICHARD, privat-docent à l'Université de Neuchâtel (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, hygiène mentale*, juin 1941).

Se basant avant tout sur ses expériences de père, mais aussi sur son activité de « médecin-psychologue », le Dr G. Richard donne ici des conseils aux parents pour l'initiation sexuelle de leurs enfants. Envisageant successivement, et pour les commodités de l'exposé, l'instruction sexuelle et l'éducation sexuelle, division que lui-même considère comme un peu arbitraire, il poursuit dans ces deux chapitres le même but pédagogique qui est l'épanouissement le plus complet de l'être humain et son adaptation la plus heureuse aux conditions qui sont faites à la vie instinctive par la civilisation et par la morale.

Dans la *première partie*, consacrée à des réflexions sur l'instruction sexuelle, le Dr G. Richard indique par des faits pourquoi il faut éclairer les enfants sur la vie sexuelle, les inconvénients de la méthode du mystère, les avantages de la méthode de la clarté. Il montre comment peuvent être éclairées simplement, pour les enfants, ces questions que posent la naissance, la maternité, l'allaitement, la différence des sexes, les périodes menstruelles, le rôle du père. Il expose quel est à ce sujet le devoir des parents, car ce sont eux qui doivent instruire leurs enfants puisque ce sont eux que les enfants interrogent sur tout ce qui les intrigue. Cela, en laissant les occasions se présenter mais en les saisissant, en les guettant même si elles sont peu fréquentes, et généralement avant l'âge de 7 ans. Le Dr G. Richard donne, en passant, indications et conseils sur la pratique du nu en famille ; il ne la recommande que si elle existe dès la naissance de l'enfant, tout changement d'attitude plus tard comportant des risques de choc et pouvant faire plus de mal que de bien.

Les réflexions sur l'éducation sexuelle occupent la *seconde partie*. Elles font suite à l'œuvre d'instruction, d'information qui précède. Le but de l'éducation sexuelle est « de permettre à l'être humain de s'épanouir librement dans l'amour, ...c'est aussi de permettre à ces forces instinctives d'être utilisées au maximum dans les activités diverses ». Pour cela, il faut tout d'abord reconnaître la sexualité de l'enfant, abandonnant cette idée fausse que l'instinct sexuel n'existerait chez l'être humain qu'à partir de la puberté.

Il est, d'autre part, normal que l'enfant sache qu'il y a une jouissance physique dans l'amour, car, ajoute le Dr Richard, l'enfant le découvrira tôt ou tard et sa confiance sera ébranlée par le fait qu'on aura tenté de le lui cacher. A toute explication d'ordre physique de ce genre, il conseille d'associer dans l'esprit de l'enfant le côté sentiment, moral, au côté sensations.

A propos de l'onanisme (onanisme-jeu, onanisme-habitude) et de sa conséquence, le repliement de l'enfant sur soi-même, il fait remarquer que cette question est beaucoup plus une question psychologique, que physique, purement corporelle. Les causes doivent en être recherchées dans le domaine corporel et dans le domaine affectif et le Dr Richard conseille de n'interven-

nir qu'avec beaucoup de compréhension et de doigté en motivant la discipline par des raisons de honneur et non en parlant de faute, de danger, de maladie ; il faut, en même temps, donner aux énergies un emploi aussi large que possible. Il met en garde contre des erreurs pédagogiques qui furent trop souvent néfastes.

A l'adolescence et pendant la jeunesse, le contact entre parents et enfants devient moins étroit. L'influence de l'école, celle de la rue, l'éclosion du besoin d'indépendance, constituent un obstacle sérieux à l'aide des parents, mais s'il a été bien procédé dans les premières années, le contact sur ce terrain n'est pas rompu ; on peut alors discuter librement de problèmes tels que ceux des filles-mères, des maladies vénériennes, de la prostitution, des anomalies sexuelles sur lesquelles s'étendent parfois les journaux. Les jeunes gens arriveront ainsi au mariage aussi bien préparés aux conditions physiques du mariage et à l'hygiène de la vie sexuelle, qu'à ses conditions psychiques.

En terminant, l'auteur insiste sur l'importance primordiale de l'exemple des parents, de l'éducation vécue. Mais les parents ne sont malheureusement pas les seuls informateurs ; il est d'autres facteurs éducatifs : l'école, les groupements de jeunesse, etc. Si les parents remplissaient leur mission sur ce point essentiel, le rôle de l'école ne se poserait pas. Dans les écoles de Genève, un médecin est chargé, soit de causeries spéciales, soit, ce qui est préférable, d'incorporer un enseignement sexuel dans un cours d'histoire naturelle. Cela paraît la meilleure solution.

Bien d'autres questions encore sont soulevées dans ce très intéressant et très utile exposé d'une question qui mérite de retenir l'attention des parents, des éducateurs et des médecins.

René CHARPENTIER.

L'antialcoolisme constructif, par André PLICHET (*La Presse médicale* 3 juillet 1943).

Rappelant les travaux récents sur le problème de l'alcoolisme et la nécessité de ne pas relâcher les efforts actuels dans la lutte anti-alcoolique, M. André Plichet insiste pour qu'à côté du programme tracé par M. P. Perrin (de Nantes), le problème soit également envisagé sous un angle constructif, tenant compte à la fois des facteurs économiques et des indications de l'hygiène alimentaire. Les produits dont on tire l'alcool sont, en effet, de vrais aliments, et des aliments de riche valeur nutritive. Il faudrait développer en France la consommation des fruits crus, secs, en confiture, des jus de fruits, remplacer les débits de vin par des bars de dégustation de jus de fruits, analogues aux milk's bars. Il faudrait aussi développer l'utilisation de l'alcool comme force motrice. Il cite en terminant les conclusions de Mme Jeanne Girardot (*Thèse Paris*, 1942), visant à résoudre à la fois le problème de l'alcoolisme par le vin et celui de la crise viticole. Les succès actuels obtenus dans la lutte contre l'alcoolisme étant dus en partie aux circonstances, il importe de prévoir dès maintenant les mesures à prendre en vue du retour à des conditions normales d'existence.

René CHARPENTIER.

Six intoxications mortelles par absorption de « pastis » à base d'alcool méthylique, par Ch. PAUL, H. GRIFFON et L. DÉROBERT (*Société de médecine légale de France*, séance du 7 juin 1943).

Les auteurs apportent six nouvelles observations d'intoxication par absorption d'alcool méthylique utilisé en remplacement d'alcool éthylique. Dans toutes ces observations, fut constatée la présence d'une hémorragie méningée, diffuse, abondante, en nappe, recouvrant presque totalement les deux hémisphères, de l'œdème aigu du poumon généralisé, et la présence d'une importante quantité d'alcool méthylique et d'alcool éthylique dans le sang et les viscères 30 à 36 heures après la dernière ingestion. L'étude clinique, thérapeutique, anatomo-pathologique, de même que l'expérimentation, permettent de conclure à un blocage des oxydo-réductions cellulaires par transformation peu réversible de l'élément ferrique des oxydases. Ce qui détermine la mort, c'est l'apoxie par arrêt des oxydations, par blocage de ces oxydations.

Les auteurs insistent sur la fréquence actuelle de ces intoxications et leur danger social grandissant.

René CHARPENTIER.

Intoxication par l'alcool méthylique et atrophie optique à évolution foudroyante, par R. PERRIN (Lyon). (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 17 avril 1943).

Observation dans lesquelles l'auteur rapporte trois cas de cécité complète et définitive par absorption de « pastis » à base d'alcool méthylique.

R. C.

Deux cas d'intoxication par l'alcool méthylique, par KALT, L. GUILLAUMAT et M. ROULIN (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 17 avril 1943).

Deux cas de papillite bilatérale succédant à l'ingestion d'alcool méthylique. Dans les deux observations, les troubles visuels sont apparus trois à quatre jours après l'intoxication : amaurose d'un œil et simple perception lumineuse de l'autre avec abolition bilatérale du photo-moteur. Les réflexes pupillaires ont progressivement réapparu pendant que la vision s'améliorait : au bout d'un mois, elle était de 9/10 d'un côté et de 1/50 de l'autre en raison d'un scotome central, les champs visuels périphériques étant relativement conservés. Pendant ce temps, la papille se décolorait en même temps que disparaissait l'œdème. Purement symptomatique, le traitement a consisté en injections de novocaïne tiède rétro-bulbaire, d'acécho-line-papavérine et de vitamine B.

R. C.

A propos de la prévention de la poliomyélite par instillations nasales, par P. LÉPINE et J. LEVADITI (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 19 octobre 1943).

MM. P. Lépine et J. Levaditi rappellent que la voie nasale n'est pas à coup sûr la voie de pénétration exclusive du virus poliomyélitique dans l'organisme humain et qu'une protection de la muqueuse nasale, si parfaite soit-elle, ne saurait constituer un moyen de prophylaxie absolue. Le mélange

d'alun et d'acide picrique recommandé par le secrétariat d'Etat à la Santé ne semble pas être le moyen le plus efficace et, seul, le sulfate de zinc est utilisé dans certains pays depuis 1936 ; mais sa pulvérisation est douloureuse et peut entraîner une céphalée de plusieurs mois et même une anosmie durable. La méthode proposée par le secrétariat à la Santé n'est pas inoffensive et ne donne aucune garantie d'efficacité.

R. C.

Médecins toxicomanes et Loi fédérale sur les stupéfiants, par Th. REY (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, hygiène mentale*, février 1941).

Du fait même de leur profession, les médecins sont plus exposés que quiconque à la toxicomanie. Polish, en Allemagne (1931), et Maier, de Zurich, pour la Suisse (Zurukzoglu, 1935), estiment à 1 pour 100 la proportion de morphinomanes appartenant à la profession médicale, et admettent la même proportion dans le personnel médical auxiliaire.

Rappelant les dispositions de la loi fédérale suisse sur les stupéfiants, M. Th. Rey signale que l'application de cette loi aux médecins toxicomanes s'accompagne, selon les cantons, des sanctions différentes en l'absence de dispositions spéciales concernant les médecins toxicomanes. Il propose d'uniformiser les modalités d'intervention relevant de l'application de la loi, en envisageant la gamme de sanctions suivantes :

a) cure de désintoxication obligatoire, suivie d'une interdiction temporaire de prescrire des stupéfiants (interdiction qui serait communiquée aux autres cantons, au Service de santé de l'Armée, au Service fédéral de l'hygiène publique) ;

b) en cas de rechute, interdiction définitive de prescrire des stupéfiants (également communiquée aux diverses autorités) ;

c) en dernière instance, interdiction complète de pratique.

M. Th. Rey considère comme sanction d'efficacité suffisante : l'interdiction définitive de prescrire des stupéfiants combinée aux cures de désintoxication. L'expérience démontre que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette interdiction ne crée pas de difficulté notable au médecin pour l'exercice de sa profession, qu'elle est même compatible avec une clientèle très étendue. Elle permet, d'autre part, d'éviter des solutions extrêmes qui risqueraient d'empêcher le médecin de gagner sa vie.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Le développement et l'état actuel de l'assistance aux anormaux en Suisse, par le Dr H. BERSOT (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, hygiène mentale*, février 1942).

Très intéressant exposé de l'histoire de l'assistance psychiatrique, particulièrement en Suisse, où le problème fut abordé par les travaux sur le crétinisme, en particulier dès 1812 dans le canton d'Argovie. M. H. Bersot montre successivement les débuts de l'assistance aux arriérés, aux enfants difficiles, aux aveugles, aux sourds et sourds-muets, aux épileptiques, aux

estropiés, jusqu'à l'institution, sur l'initiative du regretté professeur Claparède (1912), d'Instituts de pédagogie curative et la création, en 1920, de l'association *Pro Infirmis*, dont l'action pénètre jusque dans les localités les plus retirées et s'efforce d'atteindre dans les familles les cas individuels.

Des tableaux qui résument le développement pris en Suisse depuis 1880 par les établissements pour anormaux, montrent la progression et les résultats obtenus. En 1938, le nombre des établissements atteignait 244 ; ils hospitalisaient 12.541 malades. Presque tous les établissements pour arriérés, anormaux, épileptiques, estropiés, déficients sensoriels, ont été créés par l'initiative privée et appartiennent à des sociétés ou des fondations d'utilité publique, qui, pour la plupart, reçoivent des subventions communales, cantonales, fédérales, tandis que les aliénés sont hospitalisés dans des asiles cantonaux, à l'exception de 9 0/0 environ d'entre eux, traités dans des établissements privés plus luxueux et plus coûteux que les établissements appartenant aux cantons.

L'assistance extra-hospitalière, dont les débuts, il y a plus de 50 ans, furent la création de classes spéciales pour débiles mentaux, a pris un très grand développement. Les classes spéciales (260 en 1937) se sont spécialisées encore davantage et, dans le Valais, le Dr André Repond a créé un service médico-pédagogique itinérant, qui va dans les villes et les villages rechercher les enfants psychopathes, délinquants, d'éducation difficile, donner aux pédagogues et aux familles des conseils éducatifs (causeries, visites, conférences publiques). Cet exemple a été suivi dans d'autres cantons (Neuchâtel, Vaud, Jura bernois, etc.). 11 secrétariats généraux de *Pro Infirmis* assurent les services d'assistance sociale proprement dite, dont le rôle est de dépister, de suivre, d'assister les anormaux et infirmes qui, ou bien se trouvent dans leur propre famille, ou ont été placés dans un milieu familial. 300 institutions, tant officielles que privées, sont groupées en 10 associations, ayant chacune leur but propre (estropiés et invalides, sourds, sourds-muets, arriérés, épileptiques, aveugles, enfants difficiles, ateliers pour handicapés du travail, instituts de pédagogie curative formant des maîtres spécialisés).

Au total, il y a en Suisse plus de 9.900 œuvres diverses en faveur des anormaux et des infirmes, chiffre énorme dû sans aucun doute à la diversité des langues, des religions, d'une confédération de 25 états ayant chacun leurs particularités. Le nombre des anormaux mentaux est estimé par le professeur H. W. Maier à 4 ou 5 0/0 de la population, soit à près de 200.000, dont un quart d'enfants ou de jeunes gens.

Cet exposé d'efforts continus et des résultats obtenus montre les progrès considérables accomplis en Suisse, non seulement pour l'assistance protectrice, mais pour l'assistance éducative et la formation professionnelle des anormaux. Débordant le cadre des asiles, cette assistance tend à devenir de plus en plus sociale, plus psychologique aussi qu'uniquement médicale, et nos collègues suisses s'appliquent à la développer sous toutes ses formes. En particulier, ils portent une attention particulière à l'établissement de classes spéciales dans les campagnes, à l'assistance pré-scolaire aux arriérés, au triage et à l'éducation des enfants difficiles, au traitement de la délinquance infantile et à sa prophylaxie, à l'assistance post-scolaire aux anormaux et aux infirmes et à leur orientation professionnelle et s'appliquent enfin à développer toujours davantage l'action pour la prophylaxie des anomalies mentales et des infirmités en luttant contre les maladies

sociales (tuberculose, syphilis, alcoolisme, paupérisme, délinquance, etc.), et en montrant à tous l'importance des problèmes de l'eugénique. On ne saurait trop approuver ce programme et le donner en exemple.

René CHARPENTIER.

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Italie, par Gustavo MODENA. *Archives internationales de neurologie*, n° 6, p. 129-141, août 1940.

L'Italie a fait un gros effort en faveur des enfants anormaux : assistance aux enfants retardés et de caractère instable, curables, dépistés dans les écoles et acheminés vers des établissements spéciaux ; assistance aux déficients graves dans 16 institutions autonomes ; assistances aux anormaux du caractère, délinquants et criminels, dans 13 établissements de réadaptation dépendant des Cours d'Appel, auxquels s'ajoutent 6 maisons de correction et de détention.

La loi ne prévoit pas l'assistance en cure libre pour les adultes. L'initiative privée a suppléé à cette lacune par la création de dispensaires en contact étroit avec les établissements hospitaliers (méthode de Kolb), de cliniques et de patronages.

Le placement familial a rencontré des obstacles dus à la dispersion des entreprises agricoles, à la diffusion du métayage, aux préjugés paysans. De nombreuses tentatives ont échoué. Seule, la colonie de St-Lazzaro, à Reggio, fondée en 1900, a réussi à se développer. La Société des Patronages a tourné la difficulté en gérant elle-même une colonie placée sous le contrôle de l'Hôpital Lolli à Imola. Le succès de cette entreprise a stimulé le zèle des organisateurs et une colonie analogue se développe dans la province de Vicence.

P. CARRETTE.

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Allemagne, par Georg ILBERG, traduction de H. BERSOT. *Archives internationales de neurologie*, n° 4, p. 79-95, avril-mai 1940.

Le placement dans les colonies familiales, les sociétés de patronage des aliénés et l'assistance à domicile fonctionnent largement en Allemagne. Parmi les réalisations récentes, codifiées en général de 1933 à 1935, il faut citer le système d'assistance des alcooliques : asiles de buveurs, dispensaires, enseignement anti-alcoolique, sociétés d'abstinence, mise sous-tutelle ; les établissements scolaires pour arriérés et enfants difficiles ; l'internement administratif d'une durée de 3 ans pour les criminels dangereux et récidivistes.

La psychiatrie médico-légale a subi de profondes modifications. Le divorce des aliénés est admis. Si une psychopathie endogène apparaît après le mariage, le conjoint est fondé à demander le divorce. La notion de délit est supprimée pour les délinquants atteints de troubles mentaux. Enfin, les lois du 14 juillet 1933 et du 26 juin 1935 visent la protection de la race en instituant des tribunaux d'eugénisme chargés de décider si la stérilisation est indiquée dans des cas définis obligatoirement déclarés par les médecins à l'Office d'Hygiène, et la loi du 18 octobre 1935 institue la protection du mariage par la création du certificat pré-nuptial et la vulgarisation des notions d'eugénisme les plus importantes.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Manie grave. Echec de l'électro-choc, succès de l'insulinothérapie.
Constatations électro-encéphalographiques, par Jean DELAY et Paul NEVEU
 (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 26 novembre 1943).

Présentation d'une jeune fille de 22 ans, guérie, traitée pour manie grave avec signes de dissociation mentale qui faisaient craindre une évolution vers la schizophrénie. La malade fut d'abord traitée par l'électro-choc. Chaque séance entraîna une disparition des symptômes cliniques pendant une dizaine de jours, mais au bout de ce délai le syndrome maniaque atypique réapparaissait régulièrement. Dans les rechutes de ce genre, dont les auteurs ont réuni une vingtaine d'observations, faut-il continuer ou interrompre le traitement par l'électro-choc ? Ils conseillent de ne dépasser le nombre de 12 électro-chocs que dans des cas particulièrement graves et à condition de suivre les malades par des *examens électro-encéphalographiques*. L'apparition d'*ondes lentes* durables sur les tracés bioélectriques cérébraux traduit une souffrance cérébrale et doit faire cesser l'électro-choc. C'est ce qui fut fait chez cette malade, mais devant la persistance du tableau clinique et son aggravation rapide, ils eurent alors recours à l'insulinothérapie. Au 4^e coma, une amélioration nette fut obtenue et, après 16 comas (1.345 unités d'insuline), la malade sortit de l'hôpital, guérie.

Il est des psychoses dans lesquelles l'insulinothérapie est irremplaçable et il est regrettable que, dans la répartition actuelle de l'insuline, il n'en ait pas été tenu compte.

R. C.

Diabète insipide après convulsivothérapie par le cardiazol, par R. COULONJOU (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 13 juillet 1943).

Diabète insipide secondaire à des crises convulsives provoquées par le cardiazol chez une jeune fille de 18 ans traitée pour un état schizophrénique. Dès la troisième injection, l'état psychique s'améliora en même temps que la malade présenta un appétit anormal et difficile à rassasier. Après 9 injections, améliorée mais non guérie, la malade put quitter l'hôpital mais présenta quelques jours plus tard une soif intense et de la polyurie (6 à 8 litres d'urine par 24 heures). Hospitalisée de nouveau six semaines après sa sortie de l'hôpital, elle présentait en outre de l'obésité (augmentation de poids de 12 kg.) et ses règles n'avaient pas reparu depuis trois mois. Après un traitement de deux mois par des extraits de lobe postérieur d'hypophyse : disparition de la polydipsie, de la polyurie, réapparition des règles, diminution du poids, cependant encore au-dessus de la normale.

Cette intéressante observation peut être interprétée comme un nouveau témoignage de l'action des chocs convulsivants sur les centres diencéphaliques. M. Coulonjou faisant remarquer que l'une des sœurs de la malade présentait des signes cliniques de troubles endocriniens, engage à tenir compte des antécédents et de certaines prédispositions héréditaires des malades avant de les soumettre à la convulsivothérapie.

René CHARPENTIER.

Diabète et électro-choc, par J. de AJURIAGUERRA et COLOMB (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 18 janvier 1944).

Si, au cours de traitements par électro-choc, divers incidents ou accidents, tels que luxations, fractures, abcès du poumon, troubles mnésiques, etc., ont été fréquemment signalés, les complications d'ordre neurologique sont rarement observées. Dans une note, présentée par M. J. Lhermitte, les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 46 ans, à son 15^e accès d'une psychose manico-dépressive, qui, ayant des signes discrets d'insuffisance hépatique mais aucun antécédent diabétique, présenta, après la 3^e séance d'électro-choc, un diabète caractérisé par une glycosurie importante, une glycémie très élevée, une polydypsie marquée et une polyurie modérée, avec de l'asthénie, de l'amaigrissement et de la somnolence. Il s'agit, semble-t-il, dans cette intéressante observation, de troubles de la glyco-régulation d'origine nerveuse ; l'électro-choc semble avoir créé des modifications encéphaliques traduites par l'hyper-albuminorachie et joué le rôle du traumatisme générateur de diabète.

René CHARPENTIER.

L'électro-choc subliminaire en dehors des psychoses, par André DENIER (de la Tour-du-Pin). *La Presse médicale*, 13 novembre 1943).

Depuis 1939, à l'aide d'un appareil d'électro-choc « d'une belle simplicité », réalisé par lui-même et dont « toute la valeur réside en un chrono-rupteur par gravité d'une grande précision », M. André Denier a traité (en dosant le courant de façon à ne toucher que le diencéphale et le centre neuro-végétatif, et à ne pas déclencher de crise convulsive, mais seulement la perte de conscience et l'obnubilation) des cas variés, dans lesquels échoue le plus souvent l'habituelle physiothérapie : acromélie, acroparesthésie, causalgie, troubles physiopathiques, mérycisme, névralgies ayant résisté à la résection du nerf pré-sacré, céphalées orbitaires des ophtalmies, asthme, eczéma très prurigineux, vomissements de la grossesse. Toutes les sympathies seraient justifiées de l'électro-choc liminaire. Modification de la perméabilité cellulaire et modification de la vaso-motricité sous la dépendance du diencéphale, expliquent les résultats obtenus par ce choc électrique sur le système neuro-végétatif.

René CHARPENTIER.

Fracture vertébrale au cours d'une crise convulsive provoquée, par TAVERNIER et MALLET-GUY (*Société de chirurgie de Lyon*, séance du 8 avril 1943).

La lésion ne fut reconnue que trois mois plus tard, alors que l'on avait porté le diagnostic clinique de mal de Pott. La radiographie et les anamnestiques (cardiazol) rapportèrent les troubles à leur véritable cause. Malgré le temps écoulé, la réduction et l'immobilisation en lordose donnent un résultat anatomique correct et un résultat fonctionnel parfait.

R. C.

Un appareil à bouche destiné à la prophylaxie des principaux accidents de l'électro-choc, par PERRET et NESPOULOUS (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 5 février 1944).

Cet appareil est destiné à prévenir la morsure de la langue ou des lèvres et les accidents de la denture au cours de l'électro-choc, en même temps qu'à assurer la prophylaxie des abcès du poulmon liés aux lésions dentaires provoquées par la violente contracture des mâchoires lors du passage du courant (donc même dans les cas où la crise d'épilepsie ne se produit pas).

Cet appareil, stérilisable, dont la mise en place présente souvent quelque difficulté, est constitué par deux porte-empreintes de hauteur réduite, réunis à l'avant par une charnière, et dont les gouttières (ainsi que la surface palatine du porte-empreinte supérieur) sont recouvertes de caoutchouc dentaire mou. Deux ressorts métalliques assurent en arrière l'écartement des gouttières supérieure et inférieure. Les gouttières prennent naturellement une position correcte. Il est inutile de les maintenir en place. Leur hauteur assure une bonne contention.

René CHARPENTIER.

Interruption de la narcose au tribrométhanol par le cardiazol, par G. JACQUOT, M. MONTASSUT, J. SAUGUET et R. LEULIER. (*La Presse médicale*, 5 février 1944).

Continuant leurs recherches sur l'antagonisme physiologique entre le tribrométhanol et le cardiazol, après avoir montré que le tribrométhanol s'oppose à l'action épileptogène aux doses habituellement convulsivantes de cardiazol, les auteurs établissent que l'injection intraveineuse de cardiazol à la trentième minute de l'anesthésie au tribrométhanol (moment de concentration maxima dans le sang) amène le réveil sans crise convulsive et sans incident fâcheux. Une majoration de 0 g. 10 à 0 g. 25 de la dose réputée convulsivante suffit. Selon la dose injectée, réveil en un temps variable de quinze secondes à deux minutes. D'où possibilité d'interrompre à volonté l'anesthésie chirurgicale dès la fin de l'acte opératoire, et certitude de pouvoir interrompre à volonté une cure de sommeil et de s'opposer ainsi à d'éventuels incidents au cours de narcoses prolongées.

René CHARPENTIER.

Résultats du traitement de la syphilis par les arsénones, par LAUGIER (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 13 mai 1943).

M. Laugier a utilisé l'HCl de l'hydroxy-amino-phényl-arsénone ou l'HCl du dichlorure d'hydroxy-amino-phényl-arsine (2591 RP) chez 38 malades. En principe, la posologie fut la suivante : demi-dose pour la première injection, puis dose entière (0 gr. 10 pour le premier corps ; 0 gr. 12 pour le 2591) pour les autres, 1 injection tous les deux jours, 11 injections au total.

Les incidents ont été : douleur le long du bras, sclérose veineuse, choc dentaire, nausées. Par prudence, le traitement fut interrompu après une baisse de l'acuité visuelle ayant duré 1/4 d'heure, avec fièvre et éruption, à la 7^e injection et après érythème fébrile, œdème et rougeur de la face qui,

d'ailleurs, se reproduisirent après 914. L'activité fut bonne dans tous les cas : cicatrisation des chancres entre 4 et 15 jours, disparition de la roséole entre 5 et 10 jours, des lésions papuleuses entre 8 et 20 jours. Trois malades séro-négatifs le restèrent, la réaction pour 5 autres fut négative en 1 mois, pour 10 en 1 mois 1/2 ; les autres sujets positifs en fin de traitement ne purent être suivis.

R. C.

Traitement de la syphilis récente par les arsénones, par P. DUREL
(*Diagnostics et Traitements*, novembre 1943).

C'est du fait de l'oxydation qu'ils subissent dans l'organisme et qui les transforme en arsénone (ou comme on dit parfois improprement en arsénoxyde) que les arsénobenzènes sont actifs — et toxiques. L'arsénone est dix fois plus actif que l'arsénobenzène et aussi dix fois plus toxique. Ces arsénones, par contre, peuvent être préparés à un état de pureté bien plus grand que les arsénicaux courants. Tous les arsénicaux antisypilitiques sont d'ailleurs des produits dont l'emploi demande des précautions.

M. P. Durel indique trois méthodes d'emploi de l'arsénone : première posologie américaine de Tatum et Cooper, méthode proposée par M. Durel et Mlle Aline, méthode de Leifer. Chargin et Hyman, ces derniers se faisant les défenseurs du traitement de cinq jours de la syphilis. Tout en reconnaissant l'intérêt d'un traitement si rapide, M. P. Durel est d'avis de placer la série d'arsénone, dans le traitement aujourd'hui classique, à la place du novarsénobenzène. Il peut être avantageusement associé au bismuth et précédé de quelques injections de cyanure de mercure. Les avantages sont : la pureté du produit, l'emploi d'une quantité plus faible d'arsenic métalloïdique (que pour le 914), la manière dont ce produit est supporté par l'organisme, la rapidité d'action sur les lésions, et surtout la brièveté de la première cure arsénicale d'attaque (on termine en deux semaines ce qui en demanderait six). Dans la moitié des cas, le tréponème disparaît après la première injection (demi-dose) et il est très rare que, dans les autres cas, l'injection du lendemain (dose entière) ne les fasse pas disparaître. Chancres et lésions secondaires cicatrisent dans les délais normaux. Si la sérologie n'est pas toujours négative en fin de série, c'est que les réactions sérologiques ont une certaine inertie : l'altération humorale ne peut pas revenir à l'équilibre du jour au lendemain.

Il paraît donc très souhaitable d'expérimenter ce produit, avec prudence, selon la posologie indiquée par l'auteur.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mai 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 22 mai 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 juin 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin aura lieu le *lundi 26 juin 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 10 juillet 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LES PSYCHOSES DISCORDANTES A FORME PÉRIODIQUE

PAR

J. RONDEPIERRE et D. COLOMB

« Les formes de ce genre sont particulièrement intéressantes et méritent de fixer l'attention en raison de leur fréquence et de la difficulté de leur interprétation. En ville, elles constituent un des écueils auxquels se heurte bien souvent le consultant appelé à se prononcer sur une question moins de diagnostic que de pronostic. Et, même à l'hôpital, malgré une observation plus prolongée, on reste souvent fort embarrassé. » C'est ainsi que s'exprimait le Docteur Séglas, en 1909, à l'occasion de la présentation d'un cas de folie intermittente simulant la démence précoce. Véritable tampon entre deux entités nosographiques qui se sont disputé la presque totalité du domaine psychiatrique, la schizophrénie périodique illustre au maximum cette notion qu'une classification des maladies mentales ne peut s'accommoder de cloisons étanches, inflexibles et immuables.

A la lumière de la théorie jacksonienne, on ne campe plus en sœurs ennemies la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie, et on peut accorder aux formes rémittentes des psychoses discordantes une individualité dont nous critiquerons les limites.

Historique

Avec Claude et Lévy-Valensi, on peut distinguer trois ères dans cet historique : une ère analytique, une ère pathogénique, une ère synthétique.

ERE ANALYTIQUE. — Tout d'abord des états démentiels s'observent chez les sujets jeunes ; chez les « jeunes gens », Morel décrit ce syndrome démentiel que Kahlbaum étiquette « paraphrenia hebetica », Kræpelin « dementia præcox ». Ce dernier auteur lui rattache la catatonie ou folie du tonus musculaire.

ERE PATHOGÉNIQUE. — Après cette période de pure description clinique, les tentatives d'explication des troubles se cristallisent autour de la théorie de la dégénérescence, et la conception de Magnan rattache à cette dernière la plupart des processus psychotiques. Nous verrons plus loin que son grand mérite est d'avoir isolé la bouffée délirante polymorphe des dégénérés qui présente de grandes difficultés de diagnostic avec les formes étudiées ici.

ERE SYNTHÉTIQUE. — Puis les grandes synthèses nosographiques voient le jour avec Kræpelin, Bleuler, Claude et ses élèves. Kræpelin réduit les psychoses à deux aspects : la psychose maniaco-dépressive et les psychoses chroniques comprenant la paranoïa et la démence précoce. Bleuler élargit sous le nom de schizophrénie le cadre de la démence précoce et y place les bouffées délirantes et la plupart des cas de paranoïa. La même année (1911), Chaslin, tout en conservant la classification de Régis, introduit la notion de psychose diseordante (discordance entre les faeultés psychiques). Enfin Claude distingue dans la démence précoce, la démence précoce proprement dite (la seule vraie démence précoce du type Morel-Kræpelin) et les schizoses, celles-ci allant du caractère schizoïde à la désagrégation schizophrénique avec, dans l'évolution habituelle, des accès schizomaniaques. Claude, Borel et Robin ont décrit une forme périodique de schizomanie qui correspond tout à fait à la forme psychotique faisant l'objet de cette étude. La schizomanie peut s'extérioriser par des bouffées plus ou moins durables, analogues aux accès maniaques, mais s'en distinguant par le comportement du sujet et les caractères du trouble mental.

Ainsi apparaît, nettement, la tendance de cette troisième période à lutter contre la conception d'évolution démentielle d'emblée et à réserver, dans le cadre de la schizophrénie, une

place à des états évoluant, *par accès*, vers cette issue déméntielle. Le point névralgique de la discussion a été et demeure celui des *limites* de la « démence précoce », notion qui a été difficilement admise en France jusqu'au Congrès de Pau en 1904.

La plupart des auteurs, d'ailleurs, ont vu l'allure générale paroxystique de l'évolution de la schizophrénie et ont refusé à la seule psychose maniaco-dépressive l'exclusivité de ce mode évolutif. Morel va même jusqu'à affirmer que l'intermittence par elle-même n'est pas spécifique de la psychose maniaco-dépressive et n'est pas exclusive d'une évolution déméntielle. Kræpelin n'écrit-il pas dans son *Traité* : « Bien des cas qui se montrent sous la forme d'accès semblables et bien séparés n'appartiennent pas à la folie maniaco-dépressive ». Dès 1911, Chaslin et Séglas constatent qu'au cours de son évolution la démence précoce peut présenter, non seulement des rémissions permettant de vivre en liberté, mais de véritables intermittences prolongées, complètes. Et c'est ici que se discute le caractère primitif ou secondaire de la démence dans la démence précoce : ce terme de « démence » irréversible impliquant une évolution inexorable a lui-même été battu dans ses retranchements par l'avènement de la malariathérapie. Mais ces considérations nous éloignent de notre sujet.

On voit donc s'esquisser la réaction contre l'évolution inévitable de la schizophrénie vers un état déméntiel total. Mlle Pascal, en 1907, fait une étude détaillée des rémissions dans la démence précoce et elle distingue : d'une part, les fausses rémissions caractérisées par la disparition des troubles épisodiques, alors que persistent les phénomènes déméntiels ; et d'autre part les arrêts où on observe l'atténuation et la disparition des phénomènes déméntiels : ici ce sont surtout les phénomènes secondaires (tics, impulsions, stéréotypies) qui s'estompent, alors que les troubles essentiels de la sphère affective persistent.

Cette évolution périodique de la démence précoce s'observe surtout dans la forme catatonique. Nous reverrons tout à l'heure l'intérêt de l'étude de la catatonie dans le problème qui nous intéresse.

Halberstadt (1926), dans un travail à bibliographie très riche, reprend le problème des rémissions, des intermittences et de l'évolution circulaire au cours de la démence précoce et il individualise certaines particularités de ces formes périodiques.

Certaines rémissions incomplètes se prolongent indéfiniment, réalisant ainsi ce que Heuyer et Mlle Serin qualifient de formes

arrêtées ou fixées de la démence précoce qui se caractérisent par un affaiblissement intellectuel partiel, véritable dissociation des fonctions mentales et par un déficit pragmatique souvent très supérieur au déficit affectif.

De cet historique rapidement esquissé se dégagent plusieurs notions sur lesquelles nous voulons insister.

Tout d'abord la catatonie isolée par Kahlbaum en 1874, avec son évolution en quatre phases, est intégrée dans le cadre de la démence précoce et fournit ainsi à cette dernière un sous-groupe à évolution périodique.

Un dernier pont est jeté à partir de 1912 entre les psychoses périodiques et la schizophrénie par les travaux nombreux cherchant à associer, à combiner, les deux accès psychotiques. Nous ne citerons ici que les noms de Kræpelin, Trénel, Hamburger, Urstein, Rehm, Lange, Pfersdorff, Bleuler, Courbon, Muller, Bouman, Ossipow, etc., etc...

Vers 1913, c'est la vogue des psychoses associées : Courbon, à l'occasion d'un cas de démence précoce surajoutée à la psychose maniaco-dépressive (correspondant à la forme intermittente de démence précoce de Rush Dunton), rappelle les contributions à cette étude, celle très importante de Masselon, celles de Soum, Lawrence, Trénel.

Les formes mixtes ou combinées de cyclophrénie et de schizophrénie sont bien étudiées par Ossipow, surtout du point de vue héréditaire.

Kretschmer admet l'association du type pyénique et du type schizoïde.

Ce réseau d'association prolifère et les travaux récents envisagent les rapports de la schizophrénie avec l'épilepsie (Thèse Follin), avec la paranoïa, les délires curables (Thèse Petit).

La thèse de Rouart (1937) constitue une heureuse mise au point de ces rapports de la psychose maniaco-dépressive avec les psychoses discordantes.

Nous voici donc bien loin des entités psychotiques immuables et des vastes synthèses kræpelinienes et bleulériennes et nous hésitons de plus en plus, en présence d'un malade donné, à trancher, sans appel, la question du diagnostic et, corollairement, du pronostic.

Pratiquement, c'est donc la constatation de signes habituellement rencontrés dans les psychoses discordantes qui nous permettra de porter le diagnostic de schizophrénie devant une forme rémittente atypique de manie ou de mélancolie.

Auparavant, nous précisons que nous éliminons de cette étude la catatonie intermittente (qui ne s'intègre pas toujours dans le cadre de la schizophrénie), les bouffées délirantes (dont le diagnostic n'est cependant pas toujours facile, cf. thèse de Butzbach), enfin les « guérisons » de la démence précoce dont de nombreux cas ont été publiés par Gelma, Moretti, Baumer, etc.

Etude clinique

Von Angyal rapporte, en 1934, l'observation d'un homme âgé de 68 ans, malade depuis l'âge de 27 ans et qui a présenté 176 accès schizophréniques d'une durée oscillant entre 5 et 322 jours, en moyenne de 20 à 50 jours, avec intervalles libres d'une durée analogue. Ce malade, dépourvu de toute hérédité épileptique ou maniaco-dépressive, ne laisse aucun doute à l'auteur sur la nature schizophrénique de ces accès dont le nombre constitue un véritable record !

A l'aide de nos documents cliniques réunis à la maison de santé de Ville-Evrard et de ceux que la littérature nous offre, nous allons essayer de schématiser l'aspect clinique de ces formes. Tout d'abord nous avons songé à isoler les symptômes propres à la schizophrénie et ceux caractéristiques de folie périodique, mais un tel tableau n'eût pas manqué de soulever des objections et de présenter une allure artificielle. D'ailleurs, la rencontre de deux dispositions psychotiques n'amène pas un recoupement des symptômes, mais une marche parallèle de ceux-ci. Et nous verrons que les états de dépression et d'excitation purs ne s'observent pas nécessairement au cours de ces accès de schizophrénie : des facteurs confusionnels, délirants, catatoniques interviennent.

A la PÉRIODE DE DÉBUT, des tableaux de type maniaque ou mélancolique sont fréquents qui aboutissent à une démence précoce typique. Des traits liminaires importants résident dans le contenu injurieux des hallucinations lorsqu'elles existent, dans le tableau d'inhibition psycho-motrice, les états d'excitation sans affectivité propre, le rire immotivé. En somme, un accès mental constitue un mode d'entrée dans la démence précoce, de tels accès se renouvellent et, dans l'intervalle, le sujet semble guéri.

Dans une étude très détaillée sur les phénomènes périodiques, circulaires et réactionnels dans la démence précoce, J. Lange

(1923) sur un ensemble de 100 malades retrouve 49 fois la triade: excitation psycho-motrice, mauvaise humeur sereine et fuite des idées. Certains malades donnent l'impression d'hypomanie, d'autres témoignent de confusion agitée variable.

A la PÉRIODE D'ÉTAT, groupons les signes sous deux rubriques:

Dans le domaine psychique, l'atypicité d'un syndrome fait d'un mélange d'apathie avec inhibition, mutisme et de négativisme actif, ou bien d'une adynamie profonde coexistant avec une agitation motrice violente, des stéréotypies incoercibles et soudaines, évoquent pour nous la possibilité d'une évolution schizophrénique alors qu'en eux-mêmes chacun de ces signes fait songer à un syndrome périodique.

Pfersdorff insiste sur l'apparition massive d'hallucinations, surtout dans le domaine auditif, les hallucinations optiques étant plus rares: ce sont des voix à contenu injurieux, des voix éloignées, localisées le plus souvent dans la région du cœur. La pensée s'objective. Quant aux conceptions délirantes, à thème de possession corporelle, d'expériences, elles sont en général vagues et niaises. Un automatisme mental très marqué peut s'observer.

Quant au fonds mental, il se caractérise par une désorientation spatiale. Si l'attention volontaire est troublée, l'attention spontanée est conservée, ainsi que la reproduction d'associations acquises.

Mais c'est surtout la *sphère affective* qui présente des perturbations dysharmoniques typiques sur lesquelles de nombreux auteurs ont insisté: Pfersdorff distingue deux sortes de manifestations affectives: 1° ou bien une excitation dépressive, avec manifestations affectives très monotones et à intensité moyenne, faciles à interrompre; 2° ou bien une excitation anxieuse survenant par accès. Le malade, indifférent à l'ambiance, présente des réactions émotives discordantes.

Au point de vue somatique, certains malades peuvent présenter des signes infectieux, surtout constatés dans les formes où on observe des troubles confusionnels. La fièvre, le faciès infecté, le teint plombé, les fuliginosités des lèvres, parfois l'herpès, l'augmentation de l'urée sanguine (inconstante), quelquefois l'insomnie, le refus d'aliments frappent le clinicien. L'arrêt des règles, les troubles des différents métabolismes complètent la scène. On doit noter l'absence fréquente d'insomnie.

Dans la thèse inspirée par Baruk, Mme Mathey-Gévaudan estime qu'il n'y a pas de signes diagnostiques certains entre

l'hébéphrénie périodique et l'hébéphrénie ordinaire. Il s'agit simplement de quelques nuances dans le domaine neuro-végétatif, endocrinien, humoral.

Mais des signes somatiques d'un autre ordre n'ont pas été sans frapper un grand nombre d'auteurs : c'est l'aspect typologique du sujet lui-même. Dans ces formes rémittentes de psychoses discordantes on observe fréquemment des sujets pycniques (ou parfois athlétiques). La personnalité pré-psychotique schizoïde est, bien entendu, à peu près de règle.

L'ÉVOLUTION constitue l'originalité de ces formes. En général, ces accès schizophréniques, qui sont de *courte durée*, se répètent *sous la même forme psychotique* et aboutissent *tardivement* à un état déficitaire. Nous considérerons les intervalles de ces accès [qualifiés de « cataphréniques » par Austregesilo] et les états déficitaires terminaux.

Plusieurs malades d'Urstein présentent, avant la guérison d'un accès purement dépressif, l'hypomanie classique, cependant le fond de l'humeur reste triste. De plus, les actes de ces malades portent souvent le cachet de la stéréotypie et certains groupes de pensées reviennent souvent. Enfin, on note dans ces stades hypomaniaques certaines dysharmonies et certains contrastes.

Un grand nombre de malades restent bien portants pendant de nombreuses années et reprennent leur profession antérieure. Certains mêmes ont non seulement conservé leur précédent potentiel intellectuel, mais ont pu acquérir de nouvelles connaissances : Urstein cite un sujet qui, entre le 3^e et le 4^e accès catatonique, a pu fréquenter l'Université et passer des examens. En voici un exemple pris dans notre service :

Mlle M., née en 1914. — Premier internement (15 ans 1/2), le 19 novembre 1929. Mélancolie, anxiété. Bradypsychie. Semi-mutisme. Idées de persécution. Diminution progressive des facultés intellectuelles depuis un an. Eléments confusionnels. Hallucinations terrifiantes. Semistupeur. Suggestibilité mais réactions violentes. Sort le 10 juin 1930. Assez bien jusqu'en 1935. Passe son brevet simple.

Réinternée le 15 septembre 1935 : Dépression. Obsessions, Impulsions. Actes absurdes. Fugue immotivée. Idées délirantes mélancoliques transitoires d'auto-accusation, d'incurabilité, de suicide. Maniérisme. Négativisme. Impulsivité. Barrages. Avait eu une pleurésie en 1930. Présente une adénite cervicale bacillaire qui guérit à la suite d'un traitement par un vaccin, en même temps que les troubles mentaux disparaissaient (mai 1938).

Depuis, Mlle M. a passé avec succès les épreuves du brevet supérieur et n'a pas rechuté.

D'autres se sont mariés, ont créé une affaire ; améliorent leur situation ; ils ont l'esprit d'entreprise, voyagent, font de la musique, apprennent à monter à cheval, etc... Certains malades, sortis avec un certain déficit, se montrent ultra-ponctuels dans leur travail et précis comme un mouvement d'horlogerie (Urstein). Cf. observation toute récente de M. Heuyer à la Société médico-psychologique (février 1944).

Si Urstein ainsi que Nissl, Kræpelin et Dupré admettent les rémissions complètes, par contre Gilbert-Ballet, Deny et Roy, Pfersdorff, Aschaffenburg, Weygandt, retrouvent toujours des miasmes morbides. L'humeur est indifférente. Dans le domaine intellectuel, le déficit se manifeste par une difficulté des actes de la pensée et dans l'incapacité de se « concentrer » rapidement. Les malades se fatiguent plus vite et ne peuvent pas travailler aussi longtemps qu'autrefois, bien que ce travail ne soit pas atteint dans sa qualité. Cette fatigabilité s'accroît avec les années.

Qu'il y ait rémission totale ou persistance d'éléments pathologiques, les malades n'ont pas conscience de leur état maladif antérieur (Bleuler) et témoignent d'une indifférence pour leur amélioration, d'une insouciance de l'avenir et attachent peu d'importance à leur crise (C. Pascal).

Après des attaques psychotiques plus ou moins analogues les unes aux autres, s'installe lentement le plus souvent (13 ans dans le cas cité par Leroy) un état déficitaire qui ne présente pas de grandes différences avec ceux qu'on observe dans la schizophrénie ordinaire. Mais cette évolution pourra rarement être prédite dès le début de la maladie. Quelquefois, dans un état prédéficitaire, on observera des modifications du caractère.

FORMES CLINIQUES. — Tout d'abord on peut reprendre dans les formes rémittentes la discussion classique entre hébéphrénie, catatonie et paranoïdie. Nous connaissons les caractères originaux de chacune de ces formes : pour la catatonie nous rappelons les travaux de Kahlbaum, de Rhem, de Lange, Baruk et de Didawy, pour la paranoïdie ceux de Neubaum, d'Ellenberger et la dissertation de Triffon.

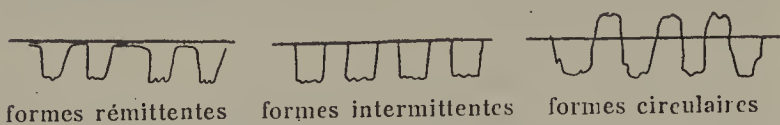
Les manifestations psychiques peuvent servir également de critères pour discriminer ces formes : comme le plus souvent des syndromes se représentent avec le même aspect au cours des différents accès, on peut distinguer des formes dépressives,

pseudo-maniaques, confusionnelles, hallucinatoires et délirantes et la combinaison très fréquente de tels états réalisant un aspect confuso-maniaque hallucinatoire. Mais ce sont là des nuances cliniques dont on observe en pratique une infinité d'échantillons.

Plus intéressante est la classification dans le temps, l'aspect évolutif. Kræpelin distingue trois formes de démence précoce, plus spécialement intermittentes : 1° la forme circulaire qui débute d'une façon progressive, avec accès fréquents et rapides d'excitation ; 2° la forme périodique avec accès réguliers d'agitation stéréotypée et impulsive ; 3° la catatonie proprement dite faite d'agitation et de stupeur avec évolution dementielle à longue échéance.

Wieg-Wickenthal distingue parmi les formes de démence précoce les formes évolutives dépresso-paranoïdes et les formes à évolution intermittente. Ces dernières sont caractérisées par des attaques psychotiques plus ou moins analogues les unes aux autres ou bien différentes les unes des autres : la psychose commence, par exemple, par un état confusionnel qui s'atténue après un certain temps, qui évolue donc vers une guérison relative, mais où, très souvent, après un tel premier accès, subsiste une modification du caractère du malade. Quelques mois se passent et un état stuporeux ouvre à nouveau la scène, à la suite duquel se démasque un état hétérophrénique qui conduira à l'affaiblissement intellectuel définitif.

En reprenant la schématisation de Régis au sujet de la psychose périodique, on peut représenter ainsi ces formes de psychoses discordantes :



Pour Rush Dunton, la première ne comporte pas la même régularité que la forme circulaire, quant à la forme intermittente dont la forme circulaire est un sous-groupe, elle semble constituer un groupe intermédiaire entre la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Les différents symptômes que nous avons groupés, ainsi que leur caractère évolutif, réalisent le tableau de « cataphrénie », terme dû à Austregesilo qui réunit cinq syndromes morbides où on note un déficit mental provisoire ou permanent, sans démence définitive. Retenons comme caractères essentiels de ces accès :

Dans la sphère intellectuelle : la lenteur de l'idéation, la pauvreté idéique, les jeux de mots sans contenu, les itérations, la lourdeur, la iaiserie des réparties, les propos délirants incohérents, les éléments confusionnels réalisant soit un tableau confusionnel, soit un tableau maniaque ou mixte.

Dans la sphère motrice on note : passivité, suggestibilité, un manque de vivacité.

Dans la sphère instinctivo-affective : tendance élastique, indifférence émotionnelle et affective, perplexité.

Dans les périodes intercritiques, le diagnostic est pratiquement impossible : tous les auteurs discutent sur l'affaiblissement intellectuel résiduel qui est très contestable comme le prouvent certaines de nos observations. Il s'agit plutôt d'une discordance entre les sphères intellectuelle, motrice et affective.

Urstein formule quelques aphorismes que nous reproduisons, en faisant toute réserve sur le caractère absolu de leur infaillibilité :

1° Parmi les malades qui ont évolué ultérieurement vers un état catatonique chronique et démentiel, aucun, à la première invasion de la psychose, n'a été confondu avec un maniaque franc.

2° Dans aucun cas commençant par une dépression et conduisant à un état catatonique chronique ou un état démentiel, le barrage n'a pu être observé objectivement.

3° Dans la démence précoce, évoluant par accès, on constate souvent une ressemblance et une identité photographique des accès, même séparés par des années (au moins trois parmi nos observations sont typiques à ce point de vue).

4° Les intervalles libres se raccourcissent, tandis que l'accès suivant a une plus longue durée. La dépression croît en durée, tandis que l'hypomanie décroît et s'affaiblit.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — En dehors de la catatonie que nous ne discuterons pas, il faut envisager :

1° La *confusion mentale aiguë*. Il sera bien rare, lors d'un premier accès, qu'on puisse, par la constatation d'un groupement important de signes de la série schizophrénique, faire un diagnostic précis. Il ne nous a pas paru qu'à une confusion mentale en rapport avec une infection connue, succédassent parfois des accès schizophréniques, mais la possibilité d'une telle évolution en pareil cas ne saurait être niée.

2° La *bouffée délirante du dégénéré*. Elle constitue le diagnostic le plus difficile. Il se fonde sur des nuances que nous résumons d'après les conclusions de la thèse de J. Butzbach :

a) apparition presque constante dans l'hébéphrénie de légers troubles du caractère, de l'affectivité ou du comportement, plusieurs mois avant le début brutal des troubles mentaux ;

b) absence de modifications incessantes du tableau clinique ;

c) absence de syndromes confusionnels (caractère inconstant à notre avis) mais notons toutefois qu'il ne s'agit pas, dans beaucoup de cas, d'une confusion typique puisque l'amnésie n'est pas constante ;

d) absence de réactions affectives accompagnant le délire, mais au contraire indifférence et désintérêt du monde extérieur ;

e) présence de réactions impulsives ;

f) présence de troubles de la parole et de symptômes de la série catatonique.

3° Enfin la *psychose maniaco-dépressive* depuis le début de cette étude forme l'essentiel de la discussion. Faut-il inclure ces états dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive, en faire des « formes marginales » ou les faire entrer dans la schizophrénie ? Y a-t-il association des deux psychoses comme le pensent Bleuler, Courbon, Gaupp ? Passage de l'une à l'autre (Hoffmann et Ossipow) ? Juxtaposition sans création de maladie nouvelle (Müller, Boven) ? Espèce nouvelle (Bouman) ? Nous avons déjà insisté sur les nuances cliniques qui nous ont permis de différencier, dans une certaine mesure, ces schizophrénies intermittentes des accès maniaques ou mélancoliques ; nous avons noté les troubles intellectuels, pragmatiques et affectifs propres à ces états.

L'intérêt de ce problème se ranime à la lumière des données fournies par les études génétiques. On admet que l'hérédité de la schizophrénie est polymorphe, discontinue, du type récessif. Ossipow a étudié l'hérédité de tels malades. Il a trouvé dans leurs antécédents des caractères cyclophréniques. Cependant, il hésite à faire l'hypothèse qu'un facteur cyclophrénique constitutionnel puisse provoquer une atteinte schizophrénique ; un deuxième facteur schizophrénique est indispensable. Un individu qui a une telle constitution mixte voit se développer chez lui des formes mixtes qui se caractérisent par des traits tant symptomatiques qu'évolutifs. Comme il s'agit d'une combinaison congénitale, l'auteur préfère le qualificatif de mixte ou combiné à celui d'atypique.

Léonhard oppose aux schizophrénies, maladies systématiques, les schizophrénies déficitaires atypiques à évolution le plus souvent périodique et ayant une situation génétique propre. Les premières seraient des hérédo-dégénérescences, tandis que les deuxièmes seraient à point de départ somatique, conséquences de lésions.

Sookhareva constate que les schizophrénies à évolution insidieuse paraissent plus lourdement tarées que celles qui évoluent par accès.

Hoffmann estime que le type schizoïde est rare dans la famille maniaque-dépressive. Dans les familles de schizoïdes, il y a cinq fois plus de schizophrènes que de cyclophrènes. Parmi ces malades il y a des cas d'hérédité combinée, et dans ces cas de combinaison, on observe souvent une évolution circulaire, intermittente de la maladie, mais après un certain temps le facteur schizophrénique commence à dominer. Pour désigner ce phénomène, Hoffmann emploie l'expression de changement de dominance, ou, mieux, d'alternance des phénomènes cyclo-schizophréniques. C'est dans la première moitié de la maladie, dans le cas d'une hérédité cyclophrénique, qu'on peut pronostiquer plus sûrement de francs intervalles libres.

Kihn, récemment (1940), écrit : « Il faut convenir qu'un grand nombre d'hérédo-schizophrènes diagnostiqués — d'après les données génétiques et une anamnèse objective — comme schizophrènes rémittents, n'auraient pu l'être dans une simple consultation, sans ces données. »

Toutes les fois qu'on observe une liaison du processus schizophrénique avec des symptômes maniaque-dépressifs, la fréquence et l'ampleur des améliorations augmentent, le début de la psychose déficitaire est retardé et la démence n'atteint pas un degré sévère. On peut donc, en général, faire un pronostic plus favorable chez les schizophrènes à structure somatique pycnique.

L'étude des schizophrènes en rémission s'impose de plus en plus dans la pratique génétique : l'interrogatoire du malade s'efforcera alors d'obtenir moins une réponse courte et adéquate qu'un entretien sans contrainte sur les sujets possibles de la vie quotidienne, les occupations professionnelles, la famille, les devoirs et les projets du sujet.

PRONOSTIC. — Il se fonde sur le caractère des rémissions, leur qualité et leur durée. Dans le cas où il y a une ou plusieurs rémissions, dit Bleuler, une démence profonde est rare, excepté lors-

qu'il s'agit de syndromes très aigus avec récidives périodiques où la démence devient trop profonde. Plus le temps s'écoule, moins une récidive est à redouter. Le pronostic et la durabilité de la rémission sont assombris lorsque le stade aigu dure longtemps et qu'il conduit à un déficit plus sensible dans le domaine émotionnel. Gourvich estime que l'état asthénique consécutif à un accès doit être considéré comme un facteur qui tempère le tableau déficitaire et peut-être empêche dans une certaine mesure l'apparition d'une nouvelle crise aiguë.

D'une façon générale, la présence de signes confusionnels améliore le pronostic. On sait d'ailleurs (et Chatagnon a insisté sur ces faits avec raison) que la confusion mentale peut survenir chez un périodique vrai (maniacodépressif) à titre d'équivalent remplaçant un accès d'excitation ou de dépression. Nous avons, dans notre service, un schizophrène périodique en même temps épileptique et qui nous offre, tour à tour, des crises d'épilepsie (rares), de confusion ou d'excitation hébéphréno-catatonique. Les thérapeutiques de choc jugulent magnifiquement les accès mais toujours passagèrement. Cependant, dès le début des accès des schizophrènes rémittents, et quelle que soit leur forme, on ne pourra que rarement prédire avec certitude leur évolution. S'il existe des signes maniaques prédominants apparaissant nettement avant ou après l'accès, il faut s'attendre à une rémission nette.

MÉDECINE LÉGALE. — Les formes rémittentes des psychoses discordantes posent d'intéressants *problèmes médico-légaux*. Au point de vue médico-légal, on peut les assimiler aux délires transitoires bien étudiés par Vallon au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1898. Ces accès de folie offrant des intervalles lucides, des intermittences plus ou moins régulières soulèvent des questions de responsabilité qu'il faut étudier minutieusement, et toutes les fois, après avoir envisagé l'acte incriminé et l'inculpé, il faudra tenir compte de l'état pathologique antérieur. Ici se pose avec acuité la question de la valeur des rémissions, de l'intégrité ou du déficit intercritiques, puisque la délinquance en période d'accès ne se discute pas.

Au point de vue de la juridiction civile, deux éventualités : le divorce et l'interdiction. Calmettes, en 1912, soulève ce problème à propos d'un projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale et il communique plusieurs observations de guérisons tardives d'accès vésaniques : la 7^e observation se rapporte à un

dément précoce impulsif, dangereux, sorti de l'asile depuis 10 ans et qui s'est marié et a fondé une famille. Leroy rapporte aussi un cas de rémission très complète survenue chez une démente précoce au bout de 6 ans d'évolution, il communique également un autre cas ayant évolué par poussées successives : le sujet se marie après la première rémission et mène une vie normale pendant huit ans.

Il ressort de ces observations qu'il faut être extrêmement prudent pour porter un pronostic d'ineurabilité. Le malade étant en période de rémission, son conjoint sera-t-il admis à demander le divorce et ce dernier sera-t-il accordé, alors que plane la notion d'accès vésaniques antérieurs ?

L'interdiction pose également un dilemme : faudra-t-il interdire des malades évoluant par accès, mais qui s'acheminent vers un état de dislocation psychique ? Ici également, tout dépend de l'état mental intercritique, de la fréquence des accès, de la durée des rémissions et de la doctrine du médecin qui admet ou n'admet pas la notion d'intervalle libre.

La *responsabilité pénale* de tels sujets doit être aussi envisagée. Dans une certaine mesure leur psychopathie antérieure entraînera le doute et même la lucidité d'un état hypomaniaque ne pourra être invoquée pour décider la répression.

Il faudra les examiner minutieusement, considérer la nature et les circonstances de leur acte.

Le *service militaire* ne peut être envisagé pour eux. Quant au permis de conduire, il pourra bien rarement être accordé. Un problème des plus intéressants serait celui de l'*assistance* de tels malades. Devra-t-on les interner ? Nous le croyons parce qu'au début aucun signe ne permet d'orienter avec précision le diagnostic ; cependant, les formes confusionnelles sans agitation trop marquée semblent justiciables d'un service ouvert. Quelle que soit la solution adoptée, le malade traité sort au bout d'un certain temps. A quel moment décider la sortie ? Pour Briner, les malades sortis précocement, c'est-à-dire avant l'extinction complète de l'accès, réagissent le plus souvent par une rémission rapide et bonne. Les expériences sont en faveur d'un internement réduit au minimum chez les malades ne témoignant aucune idée de suicide ou de tendance criminelle. Que va faire le schizophrène ? Nous avons vu que certains peuvent reprendre leurs occupations antérieures ; dans ce cas le problème est simple. Mais si on note un déficit, il convient d'adapter le sujet à son nouveau potentiel intellectuel et de

l'orienter vers une occupation en rapport avec ses nouvelles possibilités. Dans ce domaine tout semble à créer : centres d'examen par des psychiatres qualifiés, organisations d'assistance qui récupèrent et utilisent l'ancien malade au maximum, luttant ainsi contre cette vieille prévention qui veut nous représenter les aliénés comme des êtres à la charge exclusive de la Société et dépourvus de la moindre utilité sociale. Et l'on s'apercevrait que l'ancien aliéné mérite peut-être autant d'égards que l'ancien tuberculeux ou que l'ancien syphilitique pour lesquels les œuvres d'assistance ont fait tant d'efforts.

TRAITEMENT. — Nous traitons maintenant les malades d'une façon active tant à l'intérieur des établissements psychiatriques que d'une façon ambulatoire. Obtenons-nous de meilleurs résultats qu'à la période abstentionniste ? Et dans l'étude particulière qui nous intéresse guérit-on plus efficacement ces formes spontanément rémittentes ?

Il faudrait, dans ce débat, lutter, à coup de statistiques, ces formes larvées du mensonge ! Mais dans notre pratique de l'électro-choc nous estimons que ces formes doivent être traitées sans hésitation, sinon elles pourraient rester des années sans rémission. Comme pour le cardiazol, les formes stuporeuses semblent le mieux réagir à l'électro-choc. Pour les juges sceptiques et sévères, nous ne ferions mieux que d'adopter les conclusions de notre collègue Teulié (1938) : « On ne peut affirmer la « relation de cause à effet entre traitement et rémission, et éliminer ainsi la pure coïncidence que si le même traitement « coïncide au moins deux fois avec une rémission identique. » Tel est bien le cas des malades traités par nous. Cet auteur estime aussi que le traitement peut être l'adjuvant d'une rémission ; dans certains cas, il raccourcit la durée de l'accès et permet d'obtenir des rémissions plus complètes.

Langfeld (1939) estime aussi que les thérapeutiques modernes raccourcissent la durée de la maladie ; il envisage plus spécialement les formes de schizophrénie, qu'il qualifie d'incertaines ou schizophréniformes, qui montrent une tendance spontanée à la guérison après un temps plus ou moins long et qu'il oppose aux schizophrénies typiques résistant au traitement de choc. Mais ce raccourcissement de la durée de la maladie est-il un avantage durable ? Il est trop tôt pour le dire, pourtant le traitement mérite d'être tenté même dans des cas anciens s'ils ont présenté déjà une rémission spontanée.

Conclusion

Nous dirons, en conclusion, qu'on a trop tendance à prendre la chronicité pour critère dans le diagnostic de schizophrénie. Il y a des schizophrénies qui guérissent ou du moins qui présentent de longues rémissions avec état mental inter-critique tel qu'il peut en imposer pour une guérison. L'examen clinique minutieux nous révèle des signes qui nous font, à coup sûr, éliminer la psychose maniaco-dépressive, ce ne sont donc point des erreurs de diagnostic. Ces formes rémittentes donnent peut-être les seuls succès des thérapeutiques de choc au cours de la schizophrénie, il faut le savoir et ne pas hésiter à les traiter ainsi.

Les psychoses discordantes à forme périodique méritent par conséquent d'être bien connues ; leur incontestable existence nous permet, en présence d'un syndrome schizophrénique, de tempérer la sévérité du pronostic et de donner aux malheureux parents un espoir auquel nous pouvons croire un peu nous-mêmes.

Bibliographie

- ANGYAL (V.). — Contribution à la schizophrénie périodique et aux états érepsculaires schizophréniques. *All. Z. Psy.*, 1934, t. 102, p. 185. *C.R. Zbl.*, 1935, 75, 442.
- AUSTREGESILLO. — Les cataphrénies. *Encéphale*, 1926, t. 425.
- BAUMER (L.). — Ueber geheilte schizophrénies. *Z. Neur.*, 1939, t. 164. *C.R. Zbl.*, 1939, t. 93, p. 509.
- BLEULER. — Démence précoce ou groupe des schizophrénies. *C.R. Trénel*, in *R.N.*, 1912, II, 372.
- BOUCAUD (P. DE). — Existe-t-il des rapports entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce ? *Thèse Bordeaux*, 1933, 123 pages.
- BOUDERLIQUE (Mlle) (Service de M. Truelle). — Folie intermittente ou démence précoce (présentation de malade). *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, 13^e année, n° 1, janvier 1920.
- BRINER (O.). — Recherche sur la nature et la fréquence des rémissions dans la schizophrénie en considérant particulièrement les sorties précoces et la narcothérapie prolongée. *Zschr. ges. Neur. u. Psych.*, 1938, 162, p. 582-97.
- CALMETTES. — Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale à propos du projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. *Ann. méd.-psych.*, 1912, I, 574.
- CHASLIN et SÉGLAS. — Intermittence et démence précoce. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1911, p. 215.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, 1931, I, 377-414.

- COURBON (P.). — Démence précoce et psychose maniaco-dépressive. Contribution à l'étude des psychoses associées. *Encéphale*, 1913, I, 434.
- FRIBOURG-BLANC et LASSALE. — Bouffées schizomaniaques à rechutes précipitées. Rémissions favorisées par la médication pyrêto-chimiothérapique (sulfosine-chrysalbine). *Ann. méd.-psych.*, 1935, I, 417.
- FROMENTY (L.). — Les rémissions dans la schizophrénie. Statistique sur leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie. *Encéphale*, 1937, I, 275.
- GELMA (E.). — Remarques sur un cas de schizophrénie guérie. *Travaux de la clinique psych. de Strasbourg*, 1936, p. 275-324.
- GELPERIN (J.). — Les rémissions spontanées dans la schizophrénie. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1939, t. 112, p. 2393. *C.R. Zbl.*, 1940, t. 95, p. 424.
- GÉVAUDAN (Y.). — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaco-dépressifs. *Thèse Paris*, 1937.
- GOURVICH (Russe). — Sur quelques particularités du déficit après une série d'accès schizophréniques aigus surmontés et sur l'influence d'états asthéniques post-critiques prolongés sur l'évolution des processus. *C.R. Zbl.*, 1940, t. 96, p. 398.
- GRÜNING. — Ueber Anfälle bei Schiz. Diss., 1939. *Halle Zbl.*
- HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaco-dépressive. *Ann. méd.-psych.*, 1937, I, 1.
- Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaco-dépressive. *Ann. méd.-psych.*, 1930, I, 117.
- La démence précoce à évolution circulaire. *Revue de psychiatrie*, 1913, p. 353.
- Rémissions, intermittences et évolution circulaire au cours de la démence précoce. *Paris médical*, 1926, II, 312.
- HEUYER et DUBLINEAU. — Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan. *Prog. méd.*, 1935, I, 989.
- HEUYER et SERIN. — Les formes arrêtées ou fixées de la démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, 1932, I, 119.
- KIHN. — Klinik der Schizophrenie. *Handsbüch der Erbkrankheiten*, 1940, II, p. 115.
- LANGE. — Periodische zirkuläre u. reactive-Erscheinungen bei der D.P. *Zschr. f. ges. neur. u. ps.*, 1923, t. 80, p. 200-239.
- LANGFELDT. — La question des rémissions spontanées en tenant particulièrement compte de la question de la durée de ces rémissions. Que peut-on espérer de la thérapeutique de choc dans ces états ? *Z. Neur.*, 1938, t. 164, p. 494. *C.R. in Zbl.*, 1939, t. 93, p. 508.
- LAPIYADE. — Contribution à l'étude des états maniaco-dépressifs prémonitoires de démence précoce. *Thèse Bordeaux*, 1923.
- LEGRAIN. — « Les folies à éclipse ». Collection de psychol. expérim. et de métapsychie. Directeur : Raymond Meunier, 1910.
- LEROY. — A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années. *Ann. méd.-psych.*, 1912, I, 339.
- Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. *Ann. méd.-psych.*, 1912, II, 409.
- LEROY et MONTASSUT. — Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, 1925, II, 448.

- MEYER. — Formes paranoïdes de la psychose maniaco-dépressive. *Allg. Zschr. f. Psy.*, 1921-22, 77, 205.
- MORETTI (A.). — La démence précoce. Guérit-elle ? A propos des rémissions totales spontanées dans les syndromes schizophréniques typiques. *Rass. di studi psychi.*, 1935, t. 24, p. 442.
- MÜLLER. — Formes vraiment périodiques de la démence précoce. *Allg. Zschr. f. Psych.*, 1924, 80, 272.
- NEUMANN et FINKENBRUK. — Recherches statistiques sur les rémissions spontanées chez les schizophrènes. *Allg. Z. Psy.*, 1939, t. III, C.R. Zbl., 1939, t. 93, p. 508.
- OSSIPOW (V. P.). — Formes mixtes ou combinées de cyclophrénie et de schizophrénie et leur genèse. *Z. Neur.*, 1924, t. 92, p. 296-323.
- PASCAL (G.). — Les rémissions dans la démence précoce. *Rev. de psych.*, 1907, p. 99-115, 147-161.
- PIGHINI (G.). — Sur la pathologie de la démence précoce et « sulle fasi aenti che in essa si presentano ». *Rivist. di fren.*, 1908, p. 497-542.
- PONOMAREW (Russe). — A la question de la schizophrénie rémittente. *C.R. Zbl.*, 1936, t. 79, p. 666.
- PEERSDORFF. — Sur un mode évolutif de la démence précoce. *Allg. Zschr. f. Psy.*, 1909, 66, 184.
- RUSH-DUNTON (W.). — Les formes intermittentes de la démence précoce. *Amer. Journ. of insan.*, oct. 1910. *C.R. Enc.*, 1911, I, 310.
- SÉGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la démence précoce. *Encéphale*, 1911, I, 276.
- SIDAWY. — La catatonie intermittente. Diagnostic différentiel avec la crise de catalepsie hystérique. *Thèse Paris*, 1931, 109 pages.
- STELKER, MALCOLM-MÜLLER et JACOBS. — Rémissions dans la schizophrénie. L'insuline et la convulsivothérapie comparées au traitement habituel. *Lancet*, 1939, I, 437. *Cr. Zbl.*, 1939, t. 94, p. 168.
- TEPLJÉ (G.). — Rémissions spontanées et rémissions thérapeutiques. *Encéphale*, 1938, II, 82.
- TRUELLE. — Un cas d'amélioration considérable après quatorze ans de délire. *Ann. méd.-psych.*, 1912, I, 718.
- Folie intermittente simulant la démence précoce (présentation de maladie). *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 13^e année, n° 3, mars 1920, p. 69.
- URSTEIN. — La démence précoce et sa position vis-à-vis de la psychose maniaco-dépressive. Une étude clinique. *Urb. u. Schm.*, 1909, 372 p.
- VALLON. — Les délires transitoires au point de vue médico-légal. *Congrès alién. et neur.*, 1898, p. 304.
- WIEG, WICKENTHAL. — Zu klinik der D.P. *Sammlung zwanglosa Abkandlingen*, Halle, 1908, 121 pages.
- WYRSCH (J.). — Des états schizophréniques aigus, de leur structure psychopathologique et leur importance pratique. *Abhandsh.*, 1937, Heft 82, 80 pages.

L'APRAXIE CONSTRUCTIVE

PAR

HENRY HÉCAEN

La description de l'apraxie constructive, dernière venue des modalités d'apraxie, permet d'envisager sous un jour nouveau le problème des troubles gestuels. En effet, aussi bien sous l'angle psychopathologique que du point de vue anatomique, son étude nous apporte des éléments précieux pour la compréhension de l'apraxie en général. Grâce aux remarquables travaux d'auteurs comme Lhermitte, Schilder, L. van Bogaert, etc., le rôle joué par la somatognosie dans l'activité constructive et plus généralement dans l'activité en général apparaît de toute première importance.

D'autre part, si l'intérêt spéculatif qui s'attache à l'étude de ce trouble praxique et des manifestations associées est extrême, en outre, sa valeur focale n'est pas négligeable, car l'apraxie constructive est un des éléments importants du syndrome pariétal.

Ces raisons nous ont incité à tenter non pas d'apporter des éléments nouveaux à cette question, mais simplement de préciser quels sont les points acquis ou encore en discussion et de voir dans quelles voies la recherche pourrait s'avérer fructueuse.

Historique

En 1917, Poppelreuter décrivait un trouble de l'activité constructive chez des malades dont les perceptions visuelles, loin de corriger ce trouble, en augmentaient encore l'intensité. Dans cette modalité d'apraxie, ce qui était perturbé pour cet auteur c'était l'harmonie des activités visuelle et psychomotrice. W. Schmidt (1918), Seelert (1920) rapportent des observations de malades présentant des troubles analogues et Seelert admet également que le manque d'adaptation des représentations visuelles à l'innervation du membre actif en est l'origine.

Mais c'est à Kleist et Strauss que nous devons la dénomination d'apraxie constructive pour de tels faits. Pour Kleist, la base du trouble de la création plastique qui caractérise cette forme d'apraxie réside dans l'altération « d'un appareil cérébral servant aux associations kinesthéso-optiques ».

Schlesinger aboutit aussi aux mêmes conclusions pour expliquer les troubles praxiques présentés par un de ses malades qui était incapable d'imiter avec la main gauche les gestes accomplis par la droite.

Pözl, Lange, Conrad, Wagner, Kroll et Stolbrun, etc... en présentent des cas fort démonstratifs et très étudiés. L'étude du trouble constructif va de pair avec celle du syndrome décrit en 1924 par Gertsmann qui lui est fréquemment associé. On insiste sur l'élément gnosique qu'on y rencontre indissociable de l'élément praxique et l'altération des notions spatiales est soulignée. Le problème anatomique est plus spécialement posé par Pözl, Kroll et Stolbrun.

En 1933 paraît le très important article de Lhermitte et Trelles qui oriente les recherches sur une voie nouvelle. Lhermitte qui, dès 1925, avait déjà indiqué que l'origine du trouble praxique ne se trouvait pas dans une altération de la représentation de l'espace en elle-même, mais dans une scission de certaines représentations avec la psycho-motilité, confirmait dans son étude avec Trelles ses premières recherches et montrait le rôle des troubles de la somatognosie. Ces auteurs rejoignent ainsi Schilder qui avait insisté sur l'importance de la connaissance de notre corps dans tout acte humain à un plus haut degré naturellement lorsqu'il est dirigé sur le corps du sujet, mais aussi lorsque le but fait partie du monde extérieur.

L'intrication des gnosies et des praxies est donc relevée par tous les auteurs et Feuchtwanger propose même de qualifier le désordre constructif d'agnosie optico-constructive.

Mayer-Gross ajoute à la description de l'apraxie constructive un symptôme intéressant, le « closing-in ». Par la suite, Wundell Muncie généralise la signification de cette curieuse manifestation.

Dans un très important article, Janota fait une étude psychologique et anatomique très complète de l'apraxie constructive qu'il considère comme l'élément central des éléments cliniques qui lui sont habituellement associés.

Krapf et Courtis ramènent également toutes les manifestations du syndrome interpariétal à une perturbation unique, à savoir un trouble de l'orientation.

Enfin, en 1941, Lhermitte et Mouzon isolent à côté de l'apraxie pure par dissolution de l'image corporelle un trouble de l'activité constructive par agnosie des formes et des symboles géométriques : l'apractognosie géométrique.

Description clinique

Le désordre constructif apparaît en clinique lorsqu'on demandera au malade de dessiner spontanément ou d'après modèle, de construire avec des cubes, des pièces de bois, de réaliser des puzzles, de modeler avec quelque matière plastique.

Ces malades sont incapables de dessiner les objets les plus simples tels qu'une croix, un carré, un triangle, etc... Dans les cas très intenses ils tracent des traits amorphes, sans signification ; lorsque le trouble est plus léger il y a une vague ébauche de la forme demandée mais la figure reste incomplète, les traits sont tirés dans un sens opposé à la direction ; tous les efforts du malade restent vains et ne font qu'accroître le trouble. Dans des cas de peu d'intensité les symboles élémentaires sont réalisés mais il échoue à schématiser des objets fort simples (marteau, bouteille, etc...) ; à un degré moindre encore c'est dans le dessin perspectif que se révélera seulement la dyspraxie. Dans ces cas les malades sont incapables d'indiquer un espace à trois dimensions alors qu'ils peuvent dessiner des formes plates. Mettre en plan un espace tridimensionnel dépasse aussi leurs capacités. Janota propose ainsi comme test de demander au malade d'établir le plan des meubles de la pièce où il se trouve.

La construction avec des fragments de bois, des allumettes par exemple, s'avère impossible. Prié de construire des figures simples, des lettres majuscules avec ses bouts de bois le sujet échoue comme dans l'éprenve du dessin. Remettre en ordre les éléments d'un puzzle même très élémentaire est aussi une tâche qu'il ne peut accomplir.

Qu'il s'agisse du dessin ou de la construction proprement dite, l'adjonction d'un modèle ne facilite pas la tâche du malade. Au contraire, elle fait apparaître le symptôme décrit par Mayer-Gross du « Closing-in ». Le malade applique ses pièces de bois en tous sens sur le modèle proposé ou dessine sur lui des gri-bouillages sans signification. Lhermitte, Lévy et Kyriako disaient ainsi d'un de leurs malades qu'il « était comme poussé par une force bizarre à placer sur le modèle que nous lui propositions les pièces de bois et non à côté ». Le symptôme du « closing-in »

peut aussi se manifester lorsque le malade est prié d'imiter les gestes des mains de l'observateur, le malade tentant de mettre ses propres mains contre celles de celui-ci.

Ce symptôme, pour Mayer-Gross, traduit une « peur de l'espace vide ». Lorsque les mains entrent en action il semble qu'elles cherchent à ne pas rester isolées, à « trouver une compagnie dans quelque chose qui remplit l'espace ». Constamment les mains tentent à quitter l'espace vide pour « l'espace meublé ». C'est certainement pour cet auteur un signe d'atteinte des notions spatiales mais qui possède aussi une signification biologique : il doit réaliser un mécanisme primaire de protection. Wundell Muncie, qui s'est attaché à cette dernière proposition de Mayer-Gross, a retrouvé le symptôme du « Closing-in » dans des cas fort différents. Ce symptôme traduit pour lui un trouble de la faculté de réaliser une copie abstraite à partir d'un modèle concret. Le retour au modèle doit se comprendre comme un effort pour ne pas échouer dans la tâche réclamée, tâche dont la difficulté est apparue au malade et pour qui cette manière de se comporter apporte un certain sentiment de sécurité.

On étudiera aussi la construction spontanée (Mayer-Gross) c'est-à-dire qu'en fournissant au patient des pièces de bois on ne lui donnera aucun ordre précis ni modèle le laissant s'en servir à sa guise. Le malade est alors placé dans une situation toute proche de celle du jeu. L'apraxique pur sera incapable d'ordonner ses matériaux d'une manière spatiale quelconque.

En dehors de ce trouble de l'activité constructive, les praxies idéaloires et idéo-kinétiques ne sont pas atteintes dans les cas purs. De même, il n'existe chez ces malades aucune agnosie visuelle. (Il faut noter cependant que l'apraxie constructive est souvent méconnue du sujet lui-même). Les formes et symboles géométriques qu'ils sont incapables de construire ou de dessiner sont parfaitement identifiés.

En dehors du trouble constructif lui-même il est encore un certain nombre de symptômes qui lui sont fréquemment associés. Nous allons les décrire du seul point de vue clinique sans chercher ici le pourquoi de cette association fréquente mais non constante d'ailleurs. Nous verrons plus loin s'il faut les considérer comme de simples symptômes d'accompagnement ou bien au contraire les considérer comme partie intégrante de ce trouble de création de formes spatiales.

Ils constituent le syndrome décrit par Gertsman en 1924 et qui consiste en agnosie digitale, indistinction droite-gauche, acalculie et agraphie pure (c'est-à-dire non liée à l'alexie).

L'agnosie digitale consiste dans un trouble de la faculté de distinguer, de montrer, de nommer et de choisir les différents doigts de la main soit du malade, soit de l'observateur en même temps que le patient éprouve une certaine difficulté à mouvoir ses doigts. Le malade se trompe, confond les doigts, étend celui non désigné ; les yeux ouverts il est incapable de reconnaître le doigt touché par l'expérimentateur ; tous les autres ordres sont parfaitement compris et exécutés rapidement (on a signalé de tels malades capables d'enfiler une aiguille, de jouer du piano même).

La désorientation par rapport au propre corps se manifestera surtout par l'indistinction du côté droit et gauche. Si on demande au malade de donner la main droite par exemple il hésitera, se trompera, fera appel à des repères visuels ou kinesthésiques pour trouver le côté exact. Cette désorientation droite-gauche s'étend aussi au monde extérieur et entraîne par là des troubles de l'« orientation dans l'espace », de la lecture, du calcul. A un degré plus intense la perturbation de la représentation de notre corps réalisera l'autotopo-agnosie de Pick : le malade est incapable de toucher au commandement telle ou telle partie de son corps. Dans des cas où le trouble constructif n'est pas marqué au point d'empêcher tout dessin, cette autotopo-agnosie pourra aussi apparaître lorsqu'on fera dessiner au malade des personnes, la face et les mains seront alors particulièrement mal exécutées ou même absentes (Engerth).

L'agraphie serait aussi associée fréquemment à l'apraxie constructive, et ceci ne peut étonner étant donnés les rapports qui unissent le dessin et l'écriture. Il s'agit de troubles de l'écriture ne s'accompagnant ni de trouble du langage intérieur ni d'alexie. Pour Zull, Janota, les phénomènes agraphiques ne se montreraient que si le trouble de l'activité constructive est très marqué : l'écriture spontanée ou sans dictée est troublée mais à un degré moindre évidemment que la copie (le malade peut souvent encore écrire son nom spontanément alors qu'il lui est impossible de le copier).

On a constaté aussi parfois une incapacité de maintenir la direction horizontale des lignes de l'écriture et l'ordre des lettres et des mots (Van Woërkorn, Conrad). Krapf et Courtis mentionnent aussi des erreurs dans l'écriture des lettres asymétriques telles que *b*, *d*, *h* (la courbure de ces lettres étant aussi bien dessinée du côté gauche que du côté droit) et même le renversement des syllabes.

Les troubles du calcul consistent surtout en des troubles de la faculté de se rendre compte de la valeur locale des chiffres dans leur lecture comme dans l'écriture, dans une méconnaissance de la direction des chiffres dans les opérations arithmétiques, dans une incapacité d'établir le plan du calcul à effectuer. Tous ces troubles permettent de parler d'une acalculie « quasi-spatiale » (Wertheimer et Bénary, Krapf et Courtis) (1).

Les autres troubles neurologiques qui peuvent accompagner l'apraxie constructive, qu'il s'agisse de troubles hémiparétiques ou sensilifs ou même de signes aphasiques semblent pouvoir n'être considérés que comme des éléments accessoires traduisant des atteintes de voisinage. (Notons cependant que Krapf et Courtis parlent d'alexie optico-spatiale et que certains auteurs pensent que dans les troubles du langage la désorganisation de l'activité constructive peut jouer un rôle).

Diagnostic

Le tableau clinique de l'apraxie constructive tel que nous venons de le tracer s'il ne paraît pas pur de tout phénomène agnosique puisqu'il existe des troubles de la somatognosie associés, ne montre pas, par ailleurs, d'atteinte de la gnose visuelle ; et ce caractère doit permettre de la distinguer aisément de l'apractognosie géométrique qu'ont décrite Lhermitte et Mouzon. Si de prime abord le trouble constructif apparaît le même, la reconnaissance des formes et des symboles géométriques des objets dessinés schématiquement ne se fait pas dans cette dernière (2). L'apraxie constructive ne fait en somme que dériver de cette agnosie géométrique car, comme le font remarquer Lhermitte et Mouzon, c'est la perte du « modèle interne » (Luquet) qui est responsable de cette incapacité à dessiner ou à construire de mémoire ou d'après modèle. D'ailleurs, les symptômes d'accompagnement seront dans cette forme très différents de ceux de l'apraxie pure : nous trouverons dans ces cas une note occipitale

(1) Des troubles analogues de l'écriture et du calcul avaient déjà été signalé par Pierre Marie, Bouttier et Bailey dans leur description de la planotopokinésie (terme par lequel ils qualifiaient d'ailleurs les erreurs d'exécution des mouvements dans leurs rapports avec la représentation spatiale sans qu'il existe d'atteinte de la praxie idéatoire ou idée motrice).

(2) Cette distinction entre praxie constructive et praxie géométrique nous est apparue nettement lors de l'étude de la régression d'un syndrome pariéto-occipital gauche (glioblastome opéré et traité par radiothérapie) étude faite avec notre maître le professeur Lhermitte (Soc. *neuro.*, déc. 1942).

très nette : agnosie des couleurs, alexie, paralysie du regard, déficit des représentations visuelles et hémianopsie (plus fréquente du côté gauche) ! Quant au symptôme du « closing-in », commun pour Lhermitte aux deux variétés, il nous paraît qu'il se rencontre avec une bien plus grande fréquence au cours de l'apraxie constructive pure. Il faut noter que des formes intermédiaires peuvent se trouver entre ces deux variétés de troubles constructifs selon le siège de la lésion car toute description un tant soit peu précise ne peut dans ce domaine échapper au schématisme.

Il est encore une variété de troubles de l'activité pragmatique qui peut désorganiser la faculté de construire. Il s'agit de l'apraxie innervatoire de Kleist, apraxie mélokinétique, qui, bien que généralement unilatérale et même souvent limitée à un petit département musculaire, peut cependant affecter les deux mains. Il en était ainsi dans un cas de Mayer-Gross ; on comprend alors que les tests de construction soient mal exécutés. Nous sommes ici en présence d'un trouble de la « technique du mouvement » intermédiaire pour Kleist et Sittig entre l'apraxie idéokinétique et les troubles parétiques. Le contexte clinique permettra aisément la distinction dans cette éventualité exceptionnelle.

Quant à l'apraxie idéo-motrice et à l'apraxie idéatoire, elles ne retentissent pas sur l'activité constructive, le contraste est même étonnant entre la maladresse, les hésitations de ces malades au cours de l'exécution des gestes faciles et leur réussite dans les tests de construction. Ce qui ne veut pas d'ailleurs dire que ces variétés apraxiques ne peuvent coexister avec l'apraxie constructive.

Nous envisagerons au chapitre des formes étiologiques le rapport de cette désorganisation de l'activité constructive et de la démence. Disons simplement qu'au sein de la démence ces troubles, lorsqu'ils existent, apparaissent nettement par l'examen clinique.

Anatomie pathologique

Le problème anatomique de l'apraxie en général reste encore très controversé. Cependant, les études anatomo-cliniques de cas d'apraxie constructive en ont permis une meilleure approximation et il paraît bien qu'à l'heure actuelle ne peuvent être admises les thèses de von Monakow affirmant qu'aucune lésion cir-

conscrite n'est à même de perturber l'eupraxie. Seuls les phénomènes de diaschisis, pour cet auteur, seraient capables, par l'atteinte générale de tout le cortex qu'ils entraînent, d'expliquer le trouble praxique conçu comme un défaut « d'ecphorie successive dans l'ordre normal des éléments de la mélodie kinétique ». S'il en était ainsi, remarque Lhermitte, toutes les modifications praxiques devraient représenter des banalités cliniques et régresser rapidement à mesure que disparaît l'action de la diaschisis. Nous savons qu'il n'en est rien et que si les troubles de l'activité pragmatique régressent plus ou moins rapidement dans certains cas, ils persistent cependant souvent sans modifications pendant de longues années.

Il faut donc chercher une altération élective qui puisse rendre compte du trouble sans pour cela vouloir expliquer la fonction gestuelle par le siège de la lésion. En détruisant un des appareils qui règlent la fonction praxique, la lésion donne simplement le ton du dérèglement et il s'agit seulement de préciser le lieu dont l'atteinte détermine l'apraxie.

Déjà, pour les autres variétés d'apraxie antérieurement décrites, le rôle du lobe pariétal s'était peu à peu dégagé. Liepmann lui-même avait envisagé le rôle prédominant du lobe pariétal gauche dans l'eupraxie ; von Monakow et Brun, malgré leurs affirmations antilocalisatrices, admettent cependant des régions corticales privilégiées et, parmi elles, ces auteurs nomment le gyrus angularis. Kroll, le premier, établit qu'une lésion d'un gyrus supramarginalis gauche chez le droitier est capable de produire l'apraxie motrice bilatérale ; Kleist, Foix se rangèrent à cette opinion. Goldstein lui-même, après avoir combattu cette localisation pariétale, admet secondairement le rôle du gyrus marginalis. Quant au lobe pariétal droit, si certains lui reconnaissent un rôle dans l'eupraxie (Kleist, Morlaas), on ne saurait le considérer que comme une zone eupraxique peu active et sous le contrôle du côté gauche.

La question en était là lorsque la connaissance de l'apraxie constructive permit d'approfondir le problème. Déjà Kleist et Strauss l'attribuaient à une lésion du pli courbe. Dans les cas de Lange, d'Ehrenwald, il existait aussi une atteinte de cette région. D'autre part, l'étude du syndrome de Gertsman se poursuivait concurremment et dans presque toutes les observations anatomo-cliniques existaient des lésions de la zone de passage entre le pli courbe et la 2^e circonvolution occipitale du côté gauche. Le gyrus supramarginalis était atteint également

avec une grande fréquence. Mais surtout les travaux de Pöztl par la description et l'interprétation d'une très curieuse modalité d'apraxie permettaient de serrer le problème d'encore plus près. Voici comment se présentait ce trouble praxique : si on place dans la main du sujet un objet, il est incapable de s'en servir, par contre, si on le lui montre, il exécute correctement les gestes demandés comme s'il utilisait cet objet. Des cas analogues furent retrouvés par Kroll qui faisait remarquer que tout se passait comme si les influx tactiles et kinesthésiques inhibaient la motricité.

S'il existait dans le cas de Pöztl plusieurs foyers au niveau de la région pariéto-occipitale gauche, le principal atteignait le sillon interpariétal depuis le pli courbe jusqu'au pied de Pa. Aussi Pöztl établissait-il un rapport entre ce type si particulier d'apraxie et la lésion du sillon interpariétal, en raison de la structure architectonique particulière du fond de ce sillon. En effet, on y trouve une strie (bandelette sensorio-visuelle d'Elliot Smith ou strie interpariétale de Pöztl), qui va de la pariétale ascendante jusqu'aux circonvolutions occipitales externes où elle s'épuise. Il semble qu'on soit en droit de lui reconnaître un rôle d'association entre les sphères visuelles et les centres sensorio-moteurs.

Son atteinte expliquerait donc bien le défaut d'harmonie entre les représentations visuelles et kinesthésiques révélé par l'analyse psycho-clinique.

Kroll se range à cette interprétation de Pöztl d'après l'étude de deux cas anatomo-cliniques personnels.

En 1933, enfin, Lhermitte et Trelles apportèrent à ce problème anatomique un document capital. L'examen anatomique en coupes sériées d'un cas d'apraxie constructive précédemment analysé cliniquement avec Massary et Kyriaco leur montra une lésion abiotrophique strictement limitée au gyrus supramarginalis et au pli courbe des deux hémisphères. Comme l'écrivaient ces auteurs, on avait avec leur cas « le témoignage matériel objectif de la rupture des connexions qui reliait à l'état normal l'appareil où éclosent les perceptions et les représentations de l'espace visuel avec l'appareil qui conditionne la réalisation de l'espace tactile et cinesthésique ». Ainsi peut-on expliquer facilement que de tels malades ne présentent aucun trouble de la gnosie visuelle (l'espace et les choses sont bien perçus), mais qu'ils ne puissent adapter leur moi physique au monde extérieur et agir sur lui.

Lhermitte et Trelles, tout en trouvant particulièrement sédui-

sante l'hypothèse de Pözl et Kroll sur le rôle de la bandelette sensorio-visuelle évidemment atteinte lors de l'altération de la pariétale inférieure, font cependant remarquer, d'accord avec Sittig, qu'on ne peut pas la tenir pour assurée puisque dans aucun cas la strie interpariétale ne peut être lésée sans que le gyrus angularis et le gyrus supramarginalis le soient aussi.

En dehors de cas privilégiés de ce genre les lésions sont en général plus étendues et l'apraxie constructive ainsi que le syndrome de Gertsmann sont de l'avis de la très grande majorité des auteurs des symptômes traduisant l'altération de la région pariéto-occipitale tantôt à caractère plus agnosique, tantôt plus apraxique, tantôt plus amnésique suivant l'endroit où prédomine la lésion dans cette zone de passage.

Formes étiologiques

L'apraxie constructive a été rencontrée dans de multiples étiologies. Surtout signalée par les premiers auteurs qui s'en sont occupés dans les lésions vasculaires, à mesure que sa connaissance se précise, elle est retrouvée fréquemment au cours des autres processus atteignant la région pariéto-occipitale gauche. Nous n'étudierons que les principaux.

1) LES LÉSIONS VASCULAIRES. — La constatation de l'apraxie constructive dans les ramollissements paraît fréquente et un examen attentif est susceptible de la mettre en évidence dans tout syndrome de l'artère sylvienne gauche lésant le lobule pariétal inférieur.

Dans le grand ramollissement superficiel ou le grand ramollissement postérieur, sa présence peut être difficile à déceler en raison de l'intensité du syndrome aphasique.

Si nous nous rapportons à la description de Ch. Foix il faut admettre que parmi les ramollissements partiels postérieurs capables de la déterminer c'est avant tout dans le ramollissement pariéto-pli courbe qu'elle se manifestera en compagnie d'un certain degré d'aphasie de Wernicke, d'alexie nette et, assez souvent, d'hémianopsie. Ch. Foix avait déjà noté la fréquence des phénomènes d'apraxie idéo-motrice bilatérale dans ces cas.

Notons que dans les ramollissements antérieurs l'atteinte de l'artère pariétale antérieure pourrait dans certains cas (lorsqu'elle s'étend dans la strie interpariétale jusqu'au territoire pariétal postérieur) déterminer l'apraxie constructive.

Si l'apractognosie géométrique se rencontre aussi le plus fréquemment en cas de foyers malaciques dus à l'altération des branches postérieures de la sylvienne irriguant le territoire occipital externe, elle peut aussi faire partie du syndrome de la cérébrale postérieure, ce qui n'est jamais le cas pour l'apraxie constructive.

2) LES TUMEURS. — L'apraxie constructive a été mentionnée par quelques auteurs dans les tumeurs comprimant ou infiltrant la région pariéto-occipitale gauche. Nielsen, en particulier, rapporte plusieurs cas où elle se trouvait associée avec les éléments du syndrome de Gertsmann. Il est certain qu'ici sa recherche sera assez souvent difficile en raison de la présence d'un syndrome d'hypertension, avec l'obnubilation qu'il entraîne, ou de troubles moteurs par lésion de voisinage. C'est donc seulement au début de l'évolution des tumeurs de type gliomateux que le trouble de l'activité constructive sera susceptible d'être décelé avec quelque certitude. Par contre, dans les méningiomes l'examen du malade dans ce sens sera plus aisé. Janota présente ainsi un très beau cas de méningiome comprimant la région pariéto-occipitale gauche. Il ne faut pas d'ailleurs dans les tumeurs, en raison de la diffusion des lésions, espérer une plus grande approximation localisatrice.

3) LES TRAUMATISMES CRANIENS. — C'est lorsque les phénomènes primaires de diasthisis se sont dissipés qu'il est possible d'examiner ces malades au point de vue des praxies. La désorganisation de l'activité constructive peut persister à titre de séquelles plus ou moins accusées.

Il n'existe pas de documents anatomo-cliniques assez nets pour tenter une systématisation analogue à celle que Ch. Foix avait pu établir pour les aphasies traumatiques.

Comme pour les tumeurs, une localisation trop précise paraît vaine ici, et c'est à la région pariétale postérieure ou pariéto-occipitale qu'il faut simplement songer quand la praxie constructive est perturbée. Il en était ainsi dans les très belles observations présentées par Janota, Krapf et Courtis où le tableau symptomatique était très riche. Ajoutons d'ailleurs que ces faits nous paraissent assez rares : ayant examiné systématiquement un assez grand nombre de traumatisés craniens depuis 1942 nous n'avons jamais rencontré ce syndrome.

4) LES DÉMENCES APHASO-AGNOSO-APRAXIQUES. — C'est ici, nous semble-t-il, qu'on la rencontre avec le plus de fréquence, parti-

entièrement dans la maladie de Pick, alors que les troubles de l'apraxie classique paraissent bien plus rares. Si nous interrogeons la thèse très documentée de Caron nous voyons que dans sept cas seulement sur 38 observations de maladie de Pick il existait certainement des troubles d'apraxie idéatoire ou idéokinétique. Nous croyons, par contre, que l'apraxie constructive est un phénomène fréquent dans ces démences préséniles. La plupart des observations ne mentionnent pas sa recherche. On se rappellera que dans le cas de Lhermitte et Trelles il s'agissait d'un processus abiotrophique de cet ordre frappant les deux lobules pariétaux inférieurs.

Avec notre Maître, le professeur Lhermitte, nous avons eu l'occasion de retrouver dans deux cas, au milieu d'un tableau démentiel particulièrement profond et global, des troubles de la praxie constructive qui nous firent porter le diagnostic de maladie de Pick.

Dans le premier cas, à la démence totale avec amnésie de fixation, fausses reconnaissances, indifférence complète, réduction considérable du stock idéique, turbulence, s'adjoignaient de légers troubles apractiques idéokinétiques, une perturbation des praxies élémentaires, de l'agnosie digitale, de la désorientation droite-gauche, de gros troubles du schéma corporel du côté gauche, une légère aphasia amnésique, quelques troubles acalculiques, pas d'agraphie véritable mais impossibilité de copier. L'apraxie constructive était des plus nettes sans qu'il existât d'agnosie visuelle. L'autopsie montra une nette atrophie type Pick atteignant les lobes pariétaux et occipitaux mais plus marquée sur le lobe pariétal gauche.

Dans le second cas, purement clinique, le tableau symptomatique indiquait une extension du processus aux lobes occipitaux. Aussi le trouble de la praxie constructive se compliquait-il d'agnosie géométrique. L'état mental était analogue à celui de la précédente malade ; il existait des troubles paraphasiques très accusés, de l'oubli du vocabulaire, avec phénomènes d'intoxication, une alexie totale ; l'écriture spontanée était possible à l'encontre de l'écriture copiée, l'acalculie était à peu près totale touchant aussi bien le maniement des chiffres que la fonction spatiale. L'agnosie digitale était nette. L'autotopognosie, en particulier la distinction droite-gauche, était correcte. L'étude des praxies révélait une incapacité d'exécuter les mouvements symboliques, même en les imitant, ainsi que les gestes dénués de signification ; par contre, praxies élémentaires et expressives

n'étaient pas perturbées de même que les actes transitifs. L'apraxie constructive était très marquée avec du « Closing-in ». Les formes géométriques, les objets figurés n'étaient pas reconnus ; il existait en outre une agnosie simultanée. La note occipitale était encore donnée par une hémianopsie latérale droite. L'examen neurologique était entièrement négatif par ailleurs et la ponction lombaire ne montrait qu'une légère hyperalbuminorachie (0,40).

Dans le second cas il est évident que c'est l'agnosie géométrique qui conditionne l'apraxie constructive. Notons cependant qu'il existe des troubles d'apraxie idéo-kinétique associés. Lorsque la démence est totale, il paraît vain de chercher à distinguer l'apraxognosie géométrique de l'apraxie pure, les lésions sont alors trop étendues.

L'atrophie frappant les deux lobes pariétaux, notre première malade présentait, comme le malade de Lhermitte et Trelles, des troubles du schéma corporel proches de l'anosognosie, troubles qu'on doit rattacher à l'atteinte du lobe pariétal droit chez le droitier. Ceci revêt un gros intérêt diagnostique car l'association d'apraxie constructive et de tels troubles n'est possible en cas de lésion unilatérale que si le sujet est ambidextre (cas d'Hermann, de Pözl, de Nielsen). C'est dire que lorsqu'un tableau clinique est réalisé et qu'il n'y a pas lieu de suspecter l'ambidextrie cette certitude de lésions symétriques est un très fort argument en faveur d'un processus abiotrophique type Pick ou Alzheimer.

Des syndromes démentiels aphaso-agnoso-apraxiques peuvent aussi être le fait de l'artério-sclérose, un ictus entraînant l'apparition de ces symptômes focaux sur le fond d'affaiblissement intellectuel. Voici le cas d'un homme de 64 ans, hypertendu et artério-scléreux, qui avait présenté un ictus brutal avec courte période comateuse. Au point de vue mental, on avait le tableau d'une presbyophrénie avec éamnésie, puérilisme, fabulation, fausses reconnaissances, amnésie de fixation totale, euphorie, amabilité, courtoisie. Il existait en outre d'énormes troubles du langage, oubli du vocabulaire, paraphasie, paralexies, paragraphies, la compréhension était relativement conservée. Pas d'apraxie idéatoire ou idéo-motrice mais apraxie constructive des plus nettes. Les gnosies visuelles étaient intactes. La somatognosie était, par contre, grossièrement perturbée : indistinction droite-gauche, agnosie digitale, autotopo-agnosie. Très légère atteinte pyramidale du côté droit. Diminution de la sensibilité épicritique du côté droit (élargissement des cercles de Weber,

déficit de la localisation) sans troubles stéréognostiques. Pas d'hémianopsie. Il faut ici admettre très probablement un ramollissement pariéto-pli courbe.

La paralysie générale de Lissauër est aussi capable de donner des tableaux cliniques proches de ceux de la maladie de Pick ou d'Alzheimer. Il faut signaler cependant que cette forme exceptionnelle de paralysie générale frappant avec une prédilection le lobe occipital, l'apractognosie géométrique doit être plus souvent rencontrée.

5) L'INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE. — A plusieurs reprises des faits d'apraxie constructive ont été notés après intoxication par le C.O. Le cas de Seelert est bien connu. Schilder, Mayer-Gross ont rapporté des faits de ce genre. Les phénomènes apraxiques paraissent n'être que transitoires.

Problèmes cliniques et psychopathologiques

Nous ne pouvons avoir l'ambition de présenter dans toute leur ampleur les questions qui se rattachent au domaine de l'activité constructive. Brièvement, nous tenterons simplement de faire ressortir les acquisitions des différents chercheurs, les sujets encore en discussion et enfin les principales conceptions sur la nature intime de cette perturbation gestuelle.

RAPPORTS DE L'APRAXIE CONSTRUCTIVE ET DES AUTRES MODALITÉS APRAXIQUES. — Si la désorganisation de l'activité constructive peut se manifester en dehors de toute apraxie idéatoire ou idéokinétique, aucune limite absolue ne peut être tranchée cependant entre toutes ces variétés de troubles gestuels. Les observations de Seelert, de Zutt et Wagner, en montrant la transformation progressive de l'apraxie motrice en constructive lors de la régression du trouble, sont des témoignages particulièrement importants sur ce point. Nombreuses sont aussi les observations où les diverses modalités apraxiques sont présentes chez le même malade. Avec Lhermitte et Trelles, Kroll et Stolbrun, Janota, il faut admettre que l'apraxie est une et que les différentes formes ne représentent que des degrés différents d'un trouble de même nature et sont en rapport avec le niveau psychophysiologique où s'est produite la désorganisation morbide.

RAPPORTS DE L'APRAXIE CONSTRUCTIVE ET DES AGNOSIES. — Si même l'étude attentive des formes classiques de l'apraxie révèle toujours une participation gnosique (Grunbaum pense qu'on

doit toujours parler d'apraxie plutôt que d'apraxie et Morlaas considère l'apraxie idéalatoire comme une agnosie d'utilisation), le rôle des perturbations optico-spatiales dans la genèse de l'apraxie constructive est apparue dès ses premières descriptions. Poppelreuter l'avait même nommée *apraxie optique* et Feuchwanger : *agnosie optico-constructive*. Schlesinger, Lange, Kroll et Stolbrun, etc... insistent sur cette intrication des phénomènes gnosiques et praxiques.

Ceci ne peut surprendre si on se rappelle comment le geste et la connaissance se développent en étroite communion chez l'enfant. Tous les psychologues de l'enfant en témoignent et cela est remarquablement mis en évidence dans les travaux de Piaget.

D'autre part Gelb et Goldstein, Schilder, nous ont appris le rôle essentiel des éléments sensoriels dans tout mouvement, non pas sous forme d'images claires mais sous forme d'images en préparation, subliminales, selon l'expression de Schilder. La mise en train du mouvement est impossible à un sujet dont les représentations visuelles sont perturbées lorsqu'il a les yeux clos à moins que par de légères secousses musculaires il n'arrive à compenser le déficit grâce à ces impressions kinesthésiques. L'acte démarré, le rôle des éléments sensoriels devient secondaire quoique capable de modifier encore le plan de l'acte.

Donc, si toute perception ou toute connaissance se construit avec l'aide de la motilité (Bergson, Palagy, Mourgue, etc...), dans toute activité les facteurs perceptifs jouent aussi un rôle de premier plan. Toute perturbation motrice, à quelque niveau qu'elle se produise, apportera avec elle un trouble perceptif qui lui sera propre. La participation gnosique chez l'apraxique peut être limitée à l'acte erroné lui-même qui, comme l'ont noté Pick, Pözl, Schilder, Lhermitte, etc..., n'est souvent pas reconnu comme tel mais elle existera toujours à quelque degré que ce soit.

ACTIVITÉ LIBRE ET ACTIVITÉ AUTOMATIQUE DANS L'APRAXIE CONSTRUCTIVE. — On sait que c'est aux seuls troubles de l'activité volontaire que devait être réservé pour Liepmann le terme d'apraxie. Mais, pour ce faire, il était obligé d'admettre une distinction entre les automatismes primaires (actes innés ou préformés tels que la marche, la déglutition, etc...) et les automatismes secondaires acquis par l'expérience, l'exemple ou l'éducation et qui comportent « quelque chose de mnésique ». L'atteinte des premiers serait le fait de la paralysie, du spasme, de l'ataxie..., l'atteinte des seconds réaliserait le trouble praxique. Actuellement, une telle séparation paraît assez difficile à maintenir, nous

connaissions l'apraxie de la marche, l'apractophagie, etc... et comme Sittig y insiste, tous les mouvements sont plus ou moins automatiques.

En accord avec les principes jacksoniens, ce dernier auteur admet qu'on peut simplement dire que le trouble praxique se manifeste en raison inverse du degré d'automatisation de la fonction atteinte. Klein, par contre, refuse de souscrire à cette affirmation. Pour lui, au contraire, le caractère du trouble praxique c'est la perte des successions automatiques partielles qui composent le geste et les fonctions déficitaires ont au premier chef le caractère d'être désautomatisées.

Le problème se pose un peu différemment avec l'apraxie constructive car certains (Feuchwanger, Zutt et Wagner, Stockert) ont considéré que la perturbation ne frappait ici que l'activité non automatique. L'activité constructive serait par excellence une activité libre s'opposant à l'activité automatique. Feuchwanger soulignait cette opposition en déclarant que, dans le dérèglement de l'activité constructive, la technique du mouvement n'était pas touchée, et pensait pouvoir l'éliminer ainsi du cadre de l'apraxie (agnosie optico-constructive de Feuchwanger).

Pour Kroll, Janota, et cela paraît difficilement réfutable, l'activité constructive ne peut être considérée comme dépourvue d'automatismes mais elle fait appel à des automatismes d'un genre supérieur, des habiletés acquises. L'impossibilité de leur mise en train détermine dans les actes libres une incapacité à se servir des connaissances en vue de l'action.

Mayer-Gross fait d'abord remarquer que les épreuves de construction sont très proches de la situation de jeu et d'apprentissage du jeu, qu'elles procèdent de la méthode des essais et des erreurs et par là-même elles sont non automatisées. Ainsi s'explique-t-on que lorsqu'il existe un déficit cérébral, en raison du principe jacksonien de la réduction au plus automatique, le dessin, faculté en général non exercée hors des activités de la vie quotidienne, soit troublé tandis que l'écriture, faculté hautement automatisée, soit préservée. Cependant Mayer-Gross pense que cela n'est pas applicable d'une manière générale et par des exemples personnels (chez un de ses malades l'écriture en cursive était impossible (même la signature) tandis que l'écriture en lettres d'imprimerie, pourtant non automatique, était conservée), il montre que l'activité automatique peut être perturbée, tandis que les activités non habituelles sont épargnées. Et il constate que lorsqu'il en est ainsi, si par hasard surgissent quelques vestiges d'automatisme

tisme, toute la production du malade devient encore plus difficile. Il en conclut que du principe de Jackson il faut retenir simplement qu'activités automatiques et non automatiques sont toujours atteintes isolément mais que la formule jacksonienne peut être inversée sans que nous puissions en dire le pourquoi. Mayer-Gross fait en outre remarquer que : 1° on ne peut assimiler le plus automatique au plus anciennement acquis et que ce dernier facteur paraît jouer au cours de la dissolution un rôle plus décisif que le degré d'automatisation ; 2° que pour l'apraxique de toute variété, ce qui demeure la tâche la plus difficile est un mélange d'activités automatiques et non automatiques (ceci ne devant pas d'ailleurs être limité au seul domaine de l'apraxie).

TROUBLES DE LA REPRÉSENTATION DE L'ESPACE ET DE LA SOMATOGNOSIE ET APRAXIE CONSTRUCTIVE. — Nous avons vu déjà que Kleist insistait sur l'incapacité de réaliser la forme spatiale des images proposées comme modèles alors que la « technique du mouvement » n'est pas modifiée, et l'étude des rapports de l'agnosie et de l'apraxie nous a permis de comprendre que dans toute apraxie et *a fortiori* dans la modalité qui nous occupe, le rôle des perturbations de la pensée spatiale est d'importance.

Mais on sait, d'autre part, que dans l'apraxie pure constructive il n'existe aucune altération de la gnosie visuelle des choses ou de l'espace. Tous les tests donnent de ce côté des résultats négatifs.

Les travaux de Schilder, de Lhermitte, de Engerth, de L. van Bogaërt ont permis de résoudre cette apparente contradiction en établissant que si la perception de l'espace est correcte, ce qui est perturbé c'est l'utilisation de ces perceptions spatiales dans les actes.

Continuant son analyse du rôle des éléments sensoriels dans le geste, Schilder montrait l'absolue nécessité de la connaissance du propre corps, de ce modèle postural qui s'édifie sans cesse à partir des divers éléments sensoriels. Chez le voyant, les éléments visuels y jouent un rôle prédominant mais s'ils sont perturbés, un des éléments dont la synthèse nous donne l'image de notre corps peut s'y substituer. Ainsi le malade de Gelb et Goldstein pouvait-il agir les yeux fermés en faisant appel aux sensations kinesthésiques.

« L'esquisse idéatoire de l'action » (Liepmann) se construit en étroite relation avec le modèle postural total de l'instant. En dépit d'un plan et d'une perception de l'espace, correcte chez certains malades, celle-ci ne peut être utilisée adéquatement

dans les actes. En effet, l'espace psychologique qui concerne le corps propre, écrit Schilder, est différent de l'autre espace, celui du monde extérieur, et plus loin il ajoute : « Il faut admettre que l'apraxie peut être due à un défaut de transposition de la conception de l'espace à l'activité manuelle sans que la conception de l'espace en elle-même soit troublée ».

Lhermitte, qui, dès 1925, avait, avec Lévy et Kyriaco, soutenu un point de vue analogue, montrait, dans des travaux ultérieurs, avec Trelles notamment, les troubles importants de la somatognosie qui se décelaient chez les apractiques étudiés par lui. Tout essai d'action sur l'espace devient alors vain puisque la connaissance de notre moi physique, de ses rapports avec cet espace s'est évanouie. Cependant, Lhermitte ne fait pas de ces troubles de la somatognosie, révélés cliniquement, la source exclusive des désordres praxiques qui étaient bilatéraux chez ces malades tandis que la représentation corporelle n'était perturbée que d'un côté du corps et il concluait que c'est moins dans l'altération de la représentation de l'espace et des choses qui le peuplent que dans la rupture des connexions qui unissent certaines représentations cinesthésiques et visuelles avec la psychomotilité qu'il faut chercher la source de la désorganisation de la fonction praxique.

Dans ses belles études sur l'image de soi, L. van Bogaert aboutit aux mêmes conclusions que Lhermitte et Schilder lorsqu'il écrit : « La perception de notre propre espace a une valeur dynamique, indispensable à l'action extérieure. »

Lange, qui avait reconnu le caractère spatial du trouble de l'activité constructive, précise que non seulement l'apraxie pure mais aussi les diverses manifestations qui constituent le syndrome de Gertsman doivent être tenus les uns et les autres pour l'expression d'un trouble unique, la perte de la catégorie « de direction dans l'espace et des relations spatiales appuyées sur elle-même ». Ce trouble dans la faculté de saisir les relations spatiales doit être lui-même en rapport avec un trouble plus général, la différenciation de la structure de l'espace extérieur. Il n'est pas loin alors de la conception de Conrad pour qui le trouble de base qui réunit tous ces symptômes est un trouble de la « faculté de saisir la division d'un tout en parties ». Comme le fait remarquer Janota, cette perturbation n'est pas exclusivement limitée aux éléments du syndrome pariétal ici étudiés. C'est un trouble fondamental basal, au sens où l'entend Goldstein, qui dépasse nettement le trouble praxique et n'est donc pas suffisant pour le caractériser.

Krapf et Courtis dans une étude fort pénétrante ont étudié un cas de syndrome pariétal qui présentait, outre l'apraxie constructive, l'indistinction droite-gauche, des troubles graphiques, lexiques et du calcul de type particulier et des troubles spéciaux de la mémoire topographique. Ces auteurs étudient la notion d'espace chez l'homme d'après le travail de Binswanger et distinguent soigneusement la localisation d'avec l'orientation. La localisation s'effectue par rapport au champ visuel (localisation relative, localisation dans l'espace de préhension) ou par rapport au champ du regard (localisation absolue, localisation dans l'espace de vision). A côté de cette localisation que Krapf et Courtis appellent extérieure existe une localisation intérieure qui fait appel aux représentations des localisations antérieurement réalisées. L'orientation s'en distinguera tant au point de vue grammatical (je localise quelque chose et je m'oriente) qu'au point de vue psychologique (la localisation est une activité presque exclusivement optique tandis que l'orientation est en rapport avec un facteur sensori-moteur : nous nous orientons par rapport à notre propre corps et à ses mouvements) et anatomique (la localisation est troublée par les lésions occipitales, l'orientation par les lésions pariétales).

Le trouble de l'orientation conditionne l'apraxie constructive et les symptômes associés ; il en constitue le commun dénominateur spécifique. L'apraxie constructive traduit la « perte de la faculté de créer des points fixes dans l'espace vide et de diriger ses actions sur des orientations librement choisies ». Le trouble de l'orientation manifesté sur le propre corps l'est aussi dans l'espace extérieur : le sujet est incapable de distinguer des dessins simples, mais à orientation différente de ce type. La capacité de décrire de mémoire un trajet à parcourir par énumération de rues persiste (localisation interne), par contre la faculté de décrire le trajet par rapport aux directions droite-gauche est perdue (orientation interne).

Les troubles de l'écriture, de la lecture, du calcul sont également conditionnés par ce déficit : les lettres asymétriques (*b* et *d*, *p* et *q*, par exemple) sont confondues, les opérations ne peuvent être effectuées en raison d'erreurs du même genre ou quand il s'agit d'établir la position des chiffres. L'alexie, l'acaleulie, l'agraphie dans ces cas peuvent aussi être qualifiées d'optico-spatiales.

Janota dans une très belle analyse de l'apraxie constructive pense également que l'ensemble du syndrome de la circonvolu-

tion pariétale inférieure dont le centre paraît être l'apraxie constructive présente comme caractère commun l'atteinte de l'élément spatial. Cet auteur conclut que « les troubles de l'activité expressive et réceptive concernant les relations spatiales » représentent le commun dénominateur auquel peuvent se résoudre toutes ces manifestations (apraxie constructive, agnosie digitale, indistinction droite-gauche, autotopagnosie, troubles de l'élément spatial de la lecture, de l'écriture et du calcul, troubles de l'orientation dans l'espace).

L'APRAXIE CONSTRUCTIVE, SIMPLE EXPRESSION D'UN TROUBLE FONDAMENTAL. — Déjà quand Conrad considérait l'ensemble symptomatique ici étudié comme la manifestation de l'incapacité de diviser un tout en ses parties, le trouble constructif n'avait plus rien de véritablement spécifique et ne représentait dans le domaine des actes qu'un trouble fondamental basal susceptible de s'appliquer aussi bien aux troubles phasiques qu'aux gnosiques. Pour Goldstein, en effet, et les partisans de la Gestalttheorie l'organisme agit toujours comme un tout ; nous n'exécutons pas nos mouvements dans un « espace vide » sans rapport avec eux mais au contraire dans un espace qui est avec eux en des relations bien déterminées. Le mouvement et son « arrière-plan » ne sont à vrai dire que des facteurs artificiellement isolables d'un tout ».

Dans tous les domaines, l'apraxique comme l'aphasique montre une régression de son comportement qui devient « plus proche à la vie » : ce qui est perdu chez l'apraxique c'est la capacité de se créer un espace schématique, un espace intellectuel et prévisionnel. Les formes particulières de l'action ne s'organisent plus d'une manière téléologique mais s'agglutinent sans ordre temporo-spatial. Les actes ne possèdent encore une fin que dans des relations concrètes mais restent en quelque sorte soudées à ces situations. Là aussi s'est perdu le comportement catégoriel et un comportement plus concret l'a remplacé.

Goldstein semble ainsi ne voir dans le trouble praxique comme dans tout autre trouble focal que le résultat non spécifique mais artificiellement isolé par l'examen d'un trouble fondamental de fonction. Pourtant il ajoute que si le tableau clinique est différent selon le siège de la lésion c'est que le trouble de la formation de la figure sur l'arrière-plan s'il atteint toutes les activités frappe plus intensément le domaine d'activité en rapport avec la région lésée. Bien plus, dans des travaux ultérieurs, Goldstein a accordé encore cette concession aux localisationnistes puisque

dans le cortex il distingue une « périphérie corticale » (champs moteurs et sensitifs) et une partie « centrale » du cortex. Dans les atteintes périphériques ces troubles moteurs ou sensitifs peuvent être relativement isolés, dans les atteintes « centrales » le trouble fondamental se manifestera toujours dans tous les domaines mais dans ces zones « centrales » même, la désintégration affecte tel ou tel matériel selon le lieu lésé.

Conclusions

Même en admettant la conception de Goldstein, et nous croyons en effet que l'organisme agit toujours comme un tout, il n'en reste pas moins que l'apraxie constructive et les autres symptômes en rapport avec la lésion du lobule pariétal inférieur et du pli de passage avec O2 sont reliés entre eux par un caractère psychologique commun qui les spécifie et les distingue des symptômes focaux des autres régions.

Que le trouble fondamental se manifeste dans toutes les activités du sujet (et cette affirmation mérite d'importantes réserves), ne permet pas d'expliquer à lui seul pourquoi les troubles envisagés ici ne se font jour que dans ces lésions pariétales.

Au contraire, il semble qu'on puisse admettre que tous les troubles déterminés par la lésion de la région pariéto-occipitale gauche chez le droitier traduisent tous une perturbation de la construction spatiale et que ce trouble leur est propre. Ce lien psychologique entre tous ces symptômes divers a été admis par Lange, Conrad, Van Den Horst, Mayer-Gross, Krapf et Courtis, Janeta, etc... Schilder, Lhermitte, L. van Bogaert nous ont expliqué le pourquoi, le terme ultime de ce processus : l'espace corporel s'est effacé et ne peut plus être articulé avec le monde extérieur ; les représentations spatiales ne sont perturbées que dans leur rapport avec le moi physique dont la connaissance n'est plus qu'imparfaite et vague, les connexions entre les voies visuelles et le sensorio-motorium étant rompues.

Si toutes les modifications du « syndrome pariétal » ont ainsi ce commun dénominateur, comment se fait-il que tel ou tel symptôme domine dans un cas, soit absent dans l'autre ? Pourquoi des tableaux cliniques variables ?

Mayer-Gross suggère comme explication possible de ce problème, les facteurs individuels suivants : le type, l'intensité ou l'extension de la lésion, le mélange avec des symptômes des aires



cérébrales voisines, l'interaction avec des troubles généraux, l'état de l'organisme dans sa totalité, la disposition prémorbide. Comme von Monakow l'a montré, le rôle des tendances instinctivo-affectives ne doit pas non plus être négligé. L'histoire antérieure de l'individu joue pour nous un rôle considérable dans cette apparition capricieuse de symptômes à même commun dénominateur. L'intégration doit pouvoir expliquer pour une grande part la désintégration (l'importance pour des recherches dans ce sens des cas négatifs c'est-à-dire des lésions pariétales gauches, sans troubles constructifs est à souligner ici).

Il faut non seulement essayer de reconstituer l'histoire antérieure des acquisitions des malades (ce qui est d'ailleurs le plus souvent impossible) mais étudier comment s'acquièrent ces différentes fonctions. L'étude des troubles d'intégration doit être poursuivie parallèlement. Et nous croyons que des recherches comme celle de Wendel Muncie étudiant le développement de la symbolisation chez l'enfant à propos du symptôme du « closing-in » et le mettant en parallèle avec ce qui se passe dans la désintégration sont de nature à éclairer des faits d'une manière nouvelle. Pour notre part, avec M. Cénac, nous avons étudié chez l'enfant des troubles proches des dyslexies d'évolution : un examen systématique nous permet de constater l'association fréquente d'un certain nombre de troubles tels que : indistinction droite-gauche, agnosie digitale, dyslexie et acalculie quasi-spatiale, syndrome qui paraît se compenser à mesure que l'enfant avance en âge par l'apport des repères visuels. Fait important, jamais nous n'avons rencontré de trouble de la construction et ceci nous amène, comme d'ailleurs l'étude des faits pathologiques, à remarquer que l'apraxie constructive n'est pas présente dans tous les cas où l'orientation, l'espace corporel est perturbé mais qu'elle ne peut exister dans sa véritable forme sans trouble du schéma corporel. Pour qu'il y ait apraxie constructive, il faut un trouble de la connaissance de notre corps mais il faut encore un autre facteur. Quelles sont les suppléances qui permettent encore au sujet de construire alors que la somatognosie est troublée ?

Une autre voie de recherches s'ouvre encore à nous pour cette étude : l'étude de la restauration de ces troubles. Les cas de Seelert, de Zutt et Wagner, déjà rappelés, montrent comment, lorsque tous les gestes sont troublés, la perturbation la plus longue à régresser est celle de l'activité constructive, c'est-à-dire probablement celle qui est la plus désinsérée des tendances instinctivo-affectives du sujet en même temps que la moins automatisée.

(Cependant Mayer-Gross a présenté des cas où la praxie constructive était intacte tandis qu'il existait des phénomènes d'apraxie idéo-kinétique, l'explication doit en être recherchée justement dans le rôle des affects, des conditions affectives des acquisitions du sujet).

C'est en s'engageant dans ces diverses voies, pensons-nous, que la compréhension des troubles du geste et de ses motivations, comme celle de tous les troubles des autres fonctions corticales, s'approfondira et nous mènera à une conception qui saura dépasser dans une synthèse harmonieuse les contradictions qui opposent la théorie du tout à la théorie des fonctions instrumentales isolées.

Bibliographie

Nous ne pouvons songer à citer ici toute la bibliographie. Voici la liste des articles principaux dans lesquels on la trouvera toute entière.

- LANGE. — Agnosien und Apraxien. *Handbuch der Neurol. Bumke-Foerster*, tome VI.
- LHERMITTE et TRELLES. — Sur l'apraxie pure constructive. Les troubles de la pensée spatiale et de la somatognosie dans l'apraxie. *Encéph.*, juin 1933.
- MAYER-GROSS. — New observations on Apraxia. *Journ. of ment. Sciences*, 1936.
- KRAPE et COURTIS. — Syndrome optico-espatial par lésion pariétale. *Rivista neurologica*, Buenos-Ayres, 1937.
- JANOTA. — Sur l'apraxie constructive et sur les troubles apparentés de la perception et de l'expression des rapports spatiaux. *Encéphale*, novembre 1938.
- LHERMITTE et MOUZON. — Sur l'apractognosie géométrique et l'apraxie constructive consécutives aux lésions du lobe occipital. *Rev. neurol.*, N° 9-10, 1941.
- WAGNER. — Aphasia-Apraxia-Agnosia. *Fortsch. der Neur. et Psych.*, Jul. 1942.
- J. LHERMITTE. — L'image de notre corps. 1 vol. *Nouvelle Revue critique*, 1939.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 12 Juin 1944

Présidence : M. GUIRAUD, ancien président

PRÉSENTATIONS

Fugue coordonnée sous forme de somnambulisme. Épilepsie tardive (*présentation de malade*), par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.

Les actes automatiques accomplis au cours du somnambulisme épileptique sont généralement incoordonnés et la déambulation entraîne rarement le sujet dans un lieu éloigné. Quand les manifestations psycho-motrices sont cohérentes, elles consistent en l'accomplissement d'actes habituels, simples, et on peut toujours observer quelques signes qui dénotent leur caractère pathologique. Dans l'observation suivante, le sujet, au cours d'un accès d'automatisme ambulatoire survenu au cours de son sommeil, a pu accomplir une série d'actes compliqués, indiquant la participation d'une activité supérieure.

OBSERVATION. — M. B..., âgé actuellement de 57 ans, présenta à l'âge de 34 ans les premiers symptômes de la série comitiale caractérisés par des absences de courte durée pendant lesquelles il « perdait le fil de la conversation ». Ce n'est qu'à l'âge de 39 ans que survint, au cours du sommeil, un premier accès convulsif. Depuis, crises et absences se renouvelèrent avec les symptômes classiques des accidents épileptiques, les crises convulsives au nombre de 4 à 5 par mois. Il aurait, en outre, présenté à plusieurs reprises de l'automatisme ambu-

latoire de courte durée et plusieurs fois il s'est livré, la nuit, à des actes automatiques totalement amnésiques, tels que : aller ouvrir une fenêtre, contempler le ciel, fumer une cigarette, etc..., puis se recoucher.

Des examens sérologiques pratiqués en 1933 donnèrent des résultats négatifs ; fond d'œil normal ; ponction lombaire : albumine : 0,37 ; Pandy et Weichbrodt 0 ; leucocytes 0,2 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs ; Benjoin 00000.22222.00000. Une ventriculographie pratiquée en 1936 (Hôpital de la Pitié) ne montra pas de modifications caractéristiques.

Ce malade fut soigné pendant plusieurs années par MM. Babonneix et Lichtenberg (1) qui lui ordonnèrent, outre un traitement anticonvulsif, un traitement par le Dméclos ; ils lui firent suivre à deux reprises un traitement antisyphilitique (novar, cyanure de mercure, quinby), parce qu'ils le considérèrent comme atteint d'épilepsie syphilitique. Leur diagnostic était basé sur les données suivantes : réactions sérologiques positives dans le sang de sa femme épousée en secondes noces et atteinte d'aliénation mentale, constatation chez elle d'une aortite nette ; leucoplasie jugale bilatérale chez le malade ainsi qu'une plaque de canitie temporo-occipitale, et présence d'une image d'ostéite à la radiographie. Malgré les traitements suivis B... continua à présenter encore plusieurs crises convulsives par mois. Il a cessé tout traitement anticomitial à partir de juin 1941.

L'épisode pour lequel nous présentons ce malade, a eu lieu dans la nuit du 9 février 1944. B... s'est couché comme d'habitude, entre 19 et 20 heures. Il ne peut donner aucun renseignement sur ce qui s'est passé ensuite, mais nous l'apprenons par le compte rendu suivant des gardiens de la paix : « A 0 heure 45 se présente au poste de police M. B... qui déclare que certains bruits l'empêchent de dormir, ainsi que sa femme. Accompagnant le sus-nommé chez lui, nous nous sommes aperçus qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales nous déclarant notamment qu'il entendait rouler une locomotive et qu'il y avait un air chez lui qui l'étouffait et allait lui faire éclater la tête... Chez lui nous n'avons perçu aucun bruit et senti aucune odeur. Sa femme qui a été internée pendant trois ans nous a semblé ne pas être complètement guérie, approuvant son mari quand celui-ci déclare entendre des bruits. Le nommé B... réitéra ses dires, ajoutant : « Vous sentez cet air qui va me faire éclater la tête et ces bruits ; j'y suis ; c'est mon propriétaire qui est cause de tout cela pour me faire déménager et c'est aussi la faute à ces affiches ridicules » ; causant seul et prononçant des paroles sans suite. Cet individu ne paraissant pas dangereux, nous l'avons laissé près de sa femme. »

Notons que d'après les renseignements que nous avons obtenus, il

(1) BABONNEIX et LICHTENBERG. — Epilepsie syphilitique, *Soc. de neurol.*, 6 juin 1933.

faut une vingtaine de minutes pour se rendre du domicile de B... au commissariat de police.

D'après une enquête, B... n'aurait pas encore recouvré son état normal le lendemain de cet incident. Au concierge lui apportant un colis, il lui aurait dit : « Je ne veux pas de ce colis ; renvoyez-le à l'expéditeur ; ils m'ont fait passer pour mort ; je vais leur montrer que je ne suis pas mort. »

B... n'a gardé aucun souvenir de sa démarche nocturne auprès du commissaire de police et des propos qu'il a tenus. Il n'a appris ce qu'il avait fait que par le médecin qui vint l'examiner à la demande du Préfet de Police.

A la suite de cet incident, B... a été interné à l'asile de Ville-Evrard pendant cinq semaines et depuis il a été suivi à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle.

L'examen somatique montre des réflexes ostéo-tendineux vifs ; réactions pupillaires et fond d'œil normaux. Tremblement léger des mains. Leucoplasie jugale bilatérale, tension artérielle 11-6.

Il s'agit d'un sujet rangé, propre, sensible, docile, méticuleux ; il note dans un carnet tous les faits journaliers de sa maladie. Il se montre parfois hypersthénique et revendiquant.

Quand on lui rapporte les divers incidents qui se sont passés dans la nuit du 9 au 10 février et qui ont motivé son internement, il en reste surpris. Il reconnaît qu'il a souvent été dérangé par les bruits de ses voisins et surtout par leur T.S.F. ; il aurait eu parfois l'idée de déposer une plainte, mais il ne l'aurait jamais fait sans les prévenir.

Dans les antécédents du malade, nous ne relevons aucun fait important, sauf une chute sur le crâne à l'âge de 9 ans, ayant laissé une cicatrice du cuir chevelu au niveau de la plaque de canitie signalée plus haut. B... n'a jamais fait d'excès de boisson ; il fumait beaucoup avant de tomber malade.

Un frère du malade se serait suicidé. Une tante et un cousin auraient été internés.

L'accès d'automatisme de ce malade tient à la fois du somnambulisme, de l'automatisme ambulatoire et de la fugue hallucinatoire. C'est au cours du sommeil que l'accès a débuté ; la déambulation s'est faite correctement ; c'est sous l'influence d'hallucinations auditives et olfactives que le sujet s'est rendu au commissariat de police. L'amnésie consécutive a été totale et le sujet a repris sa vie habituelle, ignorant ce qu'il avait fait. A noter cependant, ce qui est commun au cours des fugues épileptiques les mieux coordonnées, que le malade ne paraissait pas dans un état psychique normal. Autre considération importante, ce sont des sensations désagréables (bruits de T.S.F. et de locomotives) subies à l'état de veille et entraînant un état affectif particulier qui

reparurent sous forme d'hallucinations pendant toute la durée de la fugue.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — La notion de fugue exprime, semble-t-il, une velléité très particulière, qui dépasse le problème nosologique. Qu'il s'agisse de fugues conscientes, semi-conscientes ou inconscientes, il y a dans le fait du départ un acte qui mériterait d'être étudié pour lui-même. Cet acte rejoint le départ simple, si fréquent chez les adolescents. Il n'est pas rare de le voir associé à des convulsions de l'enfance, de l'énurésie tardive ou du somnambulisme, — sans parler des vraies crises convulsives chez le sujet, ou dans sa lignée. Aussi bien peut-on se demander si, dans bien des cas, la fugue ne représente pas en soi, en dehors de toute question de conscience, un témoin d'état, de tempérament, de « terrain » convulsif. Dans cette hypothèse, la « note convulsive » peut être considérée comme commune à l'ensemble des terrains de crise ; seul le terrain modifierait l'allure du syndrome, en donnant aux troubles une allure ou hystéro-névropathique ou épileptique, ou mixte.

M. GUIRAUD. — Intéressant en effet est le problème de la valeur de la fugue « en soi ». Je crois qu'on peut être autorisé à chercher une explication unique pour tous ces types de fugues. Par contre, je ne crois pas que cette explication doive être cherchée dans un terrain convulsif. Plus simplement, la fugue me paraît exprimer un comportement instinctif de fuite.

M. J. de AUBAGUERRA. — Chez notre malade, il y a eu, effectivement, libération instinctive. Cette libération elle-même ne serait-elle pas la cause de l'amnésie ?

M. RAYNEAU. — J'ai eu l'occasion d'examiner un sujet qui, après de violents maux de tête, avait un jour fait une fugue entièrement amnésique, durant laquelle il avait parcouru une quarantaine de kilomètres. Ces faits se renouvelèrent un certain temps, puis disparurent. A aucun moment ils ne permirent de penser à l'épilepsie. Je crois donc que certains cas mériteraient une étude particulière.

M. VIÉ. — Dans la fugue, il y a en fait deux notions à considérer :

1° l'impulsion à la fugue, trouble du comportement qui se résume dans le départ lui-même ;

2° l'acte proprement dit, qui se présente avec un but plus ou moins coordonné, but pouvant lui-même être lié, — comme c'est le cas ici, — à des troubles hallucinatoires.

M. MARCHAND. — Nous éliminons chez notre sujet le diagnostic de la fugue impulsive en raison du caractère mnésique de cette forme ; ici l'amnésie est totale ; la fugue se rapproche davantage de la fugue

hallucinatoire épileptique qui est si mal connue et dont j'ai rapporté ici-même plusieurs exemples. Dans cette forme, c'est sous l'influence d'hallucinations surtout auditives ou visuelles que le malade part brusquement et parcourt un chemin plus ou moins long. Dans de tels cas, l'amnésie est partielle et le sujet se souvient des scènes hallucinatoires qui l'ont entraîné loin de chez lui. Dans l'observation actuelle la fugue hallucinatoire est suivie d'amnésie totale.

Manifestations hystériques (hémiplégie, hémianesthésie, convulsions) chez une paysanne débile. Traumatisme de l'adolescence, par M^{lle} CULLERRE, MM. J. VIÉ et R. BINOIS.

OBSERVATION. — La malade, Mlle H., entre dans le service le 2 mars 1944. Elle possède déjà un long passé pathologique et asilaire.

Voici un bref résumé de son histoire. Née en 1907 dans les Ardennes, d'une famille paysanne. Jusqu'à 14 ans, rien de particulier. A cet âge, chute sur la tête du haut d'une voiture de foin. Pas de fracture. Commotion, avec une amnésie consécutive de très courte durée. Un an après, apparition de crises de nature imprécisée. Puis une gêne apparaît dans l'utilisation du bras droit. En quelques années une monoplégie brachiale se constitue. Séjour en Haute-Loire chez une tante. Premier internement à Montredon pendant 10 ans. Retour chez elle : les crises ont disparu. Mais en 1939, grosse émotion (un Arabe poursuit Mlle H., voulant abuser d'elle). Réapparition des crises. Second internement au cours duquel se constitue une monoplégie crurale. Nouveau séjour dans sa famille. Hospitalisation à la Salpêtrière d'où, pour agitation, impulsivité, elle est transférée à Maison-Blanche.

A l'entrée, trois ordres de symptômes retiennent notre attention : l'hémiplégie, les crises, l'état mental.

1° *Hémiplégie*. — C'est une hémiplégie flasque prédominant au membre supérieur. Il n'y a pas de signes de paralysie faciale. Hypotonie. Le membre supérieur pend inerte, le long du corps, les doigts sont fléchis. Ils peuvent être étendus passivement. Dans la station debout, la jambe est en demi-flexion sur la cuisse, le pied en extension. Atrophie légère (1 à 2 cm. de différence entre les circonférences des deux membres à différents niveaux). La force musculaire au membre supérieur est nulle, au membre inférieur, diminuée, mais surtout variable. L'impotence fonctionnelle du membre supérieur est totale. Quant à la marche, elle est possible, mais difficile. La malade marche non pas en fauchant, mais « en draguant ». Dans l'épreuve de Barré la jambe droite retombe brusquement, elle ne se soulève pas dans l'épreuve de flexion combinée de la cuisse et du tronc. Les réflexes tendineux sont normaux. Le cutané plantaire est indifférent, mais la

manœuvre d'Oppenheim détermine la flexion du gros orteil. Le réflexe cutané abdominal existe. Pas de troubles trophiques notables : chaleur superficielle à peine diminuée, ni troubles circulatoires, ni œdème, ni hyperhydrose.

A cette hémiplégie s'associe une *hémianesthésie* qui est massive, globale, à tous les modes de la sensibilité, s'étendant à tous les territoires cutanés et muqueux du côté paralysé, intéressant la face. Les limites de cette anesthésie sont au voisinage de la ligne médiane. On observe aussi un rétrécissement du champ visuel de l'œil droit, concentrique, important (des deux tiers environ) avec inversion de l'ordre du bleu et du rouge, signalée par les anciens auteurs. Il n'y a pas de dyschromatopsie. Pas de troubles sensoriels.

2° *Les crises.* — La malade a présenté cinq crises dans le service. Nous n'avons assisté personnellement à aucune, et possédons seulement le compte rendu du personnel infirmier, habitué, il est vrai, aux crises comitiales puisque notre service reçoit les épileptiques de la Seine. Ces crises paraissent atypiques : grincements de dents, agitation désordonnée. Il n'y aurait pas de perte de connaissance. Pas de morsure de la langue. Pas d'émission d'urine. Par contre la malade présente une amnésie totale de ces crises. Nous avons essayé de provoquer une crise par suggestion avec pression des globes oculaires associés. Ce que nous avons obtenu n'est pas une manifestation comitiale : grincement de dents, quelques contorsions, puis mouvements automatiques rythmés de plus en plus amples des doigts qui lirent sur la robe comme si la malade voulait s'en draper. Depuis des séances de torpillage sur lesquelles nous reviendront, ces crises ont disparu. La malade n'a pas de gardénal.

3° *Le comportement* de la malade est pauvre, fruste, dans tous les domaines. Mlle H. est d'une inactivité remarquable ; par manque de moyens sans doute, mais aussi par habitude et par fond d'inactivité (elle pourrait lire, elle sait lire, mais cela la fatigue, lui « tire les yeux »). Sa seule occupation consiste à participer activement parfois, le plus souvent passivement, aux conversations de ses compagnes.

Au point de vue intellectuel même pauvreté. C'est une *débile*. Ce qui augmente l'impression de débilité, c'est l'*aspect* et surtout le *puérilisme*. H. est propre, mais dénuée de toute coquetterie, les cheveux sont ternes, peu soignés, une mèche épaisse masque souvent une partie du visage. Le cou est large, la nuque plate, la proéminence occipitale à peine marquée. Le visage est fruste, « taillé à coups de serpe ». L'attitude est molle, manquant d'énergie. Mlle H. tutoie tout le monde, les femmes sont toutes « ma chérie ». Les expressions, le ton, sont enfantins. En fait, elle n'est pas dépourvue de jugement, d'un solide bon sens de paysan. Mais elle est *méfiant*, *renfermée*, *peu expansive*. Au test Binet-Simon, son âge mental est de 10 ans avec des réponses dispersées tout au long de l'échelle des âges. C'est donc une débile, mais une débile légère.

Mlle H. est incontestablement une *émotive*. Mais son émotivité se traduit rarement par des démonstrations bruyantes, à grand spectacle. Les crises de larmes même sont relativement rares. Cette émotivité a chez elle une *action inhibitrice sur le psychisme*. A la moindre émotion, changement de situation, vue de personnes nouvelles, contrariété, bruit d'avions — le cours des pensées s'arrête, l'attention fuit, le mutisme s'installe. C'est en effet à cette émotivité inhibitrice que nous voulons rapporter les accès de *mutisme* que la malade présente. Mutisme absolu, s'accompagnant souvent d'opposition et semble-t-il avant l'internement actuel, d'impulsivité et d'agressivité. Lorsqu'en effet on arrive à vaincre ce mutisme, il se résout en grandes crises de larmes à la suite desquelles la malade soulagée, apaisée, redevient aimable, souriante, parfaitement adaptée.

Cette malade nous a paru intéressante au point de vue diagnostique, pronostic et terrain.

Diagnostic. — Au point de vue mental on éliminera la schizophrénie. Mutisme, opposition, arrêt du cours de la pensée, certaines réactions qui pourraient évoquer le maniérisme ne sont que la traduction de la forme particulière d'émotivité que la malade présente. Mais, par contre, l'affectivité, le contact sont parfaitement conservés, il n'y a pas de discordance, pas d'hallucinations, pas de délire. Reste l'émotivité sur un fond de débilité mentale et de puérilisme sur lequel se sont développées les manifestations hystériques. Les crises nerveuses nous ont paru en effet bien atypiques au point de vue clinique. Celle que nous avons reproduite n'évoque pas du tout la comitialité. Dans le service, elles ont disparu avec le torpillage. Voici par ailleurs le compte rendu de l'électro-encéphalogramme pratiqué dans le service du Professeur Baudouin :

Tracé légèrement altéré : rythme alpha normal, 10 H, stable en fréquence, régulier en amplitude, parfaitement sensible à l'ouverture des yeux par une réaction d'arrêt normal. Spontanément ne survient sur ce rythme aucun élément pathologique. Les réactions d'arrêt tactile, sont normales. Sous l'influence de l'hyperpnée se manifestent en fin d'épreuve des signes légers de souffrance cérébrale : ondes lentes isolées bilatérales à prédominance postérieure, mais elles sont peu amples et rares.

Cet électro-encéphalogramme n'est pas du tout un électro-encéphalogramme de comitial.

Mais l'hémiplégie est-elle organique ? Contre cette hypothèse les signes cliniques que nous avons mis en relief précédemment :

marche en draguant, variabilité de certains symptômes, absence de signe de Babinski. Faut-il dès lors considérer les crises et la paralysie comme des manifestations hystériques ? En faveur de cette dernière hypothèse, l'existence des stigmates : hémianesthésie et rétrécissement du champ visuel. Mais surtout, par la persuasion armée, nous avons obtenu la disparition des crises et une nette amélioration de la paralysie erurale : mouvements d'abaissement et d'élévation de la jambe paralysée, d'élévation et d'abaissement de la malade sur la plante des pieds, course. En même temps l'anesthésie disparaissait au membre inférieur tandis qu'elle persistait au membre supérieur sur lequel la thérapeutique n'avait eu aucune influence. Mais l'absence de l'un de nous, un épisode pulmonaire qui alita la malade firent en grande partie disparaître ces progrès en même temps que l'anesthésie reparait au membre inférieur. Au point de vue étiologique, la seule notion que nous possédions c'est le traumatisme apparu une année avant le début des troubles et l'émotion (peur de l'Arabe) précédant la réapparition des crises et la constitution de la monoplégie erurale.

Le terrain. — Les manifestations hystériques peuvent se présenter sur des terrains très différents qui influent sur leur nature et leur pronostic. Dans le vaste groupe des hystériques, on pourrait distinguer plusieurs sous-groupes. Les *productives*, à l'intelligence vive, mobiles à l'excès, parfois brillantes, sont suggestibles, variables dans leurs sentiments, habiles à feindre, volontiers mythomaniques. Leurs manifestations sont souvent théâtrales. Chez les *perverses*, la mobilité, le théâtralisme se réalisent dans de brusques propensions aux actes pervers ou criminels. Chez les hystériques à *manifestations psychosiques* on a les hallucinations oniriques, les états crépusculaires, les délires souvent de type mystique avec les ravissements de l'extase. Tous ces groupes ont en commun la productivité, la mobilité, la suggestibilité. Mais il existe un groupe auquel appartient notre malade où les manifestations hystériques se développent sur un terrain pauvre, une *mentalité fruste*. Nous avons alors peu de productivité psychique, une suggestibilité à peine marquée. La malade, loin d'être mobile, est concentrée, renfermée, butée, fixée. Ce qui domine alors, c'est le rôle des idées fixes subconscientes sur lesquelles insistait Janet. C'est là que l'on rencontre la fixation sur un noyau émotif, souvent difficile à mettre en évidence, avec manifestations somatiques prédominantes : anesthésie, paralysie, contracture, anorexie, tics. Le pronostic de ces formes est sans doute moins bon. Le manque de

mobilité psychique rend en effet plus difficiles le déplacement et la liquidation de ces manifestations somatiques sous l'influence de la persuasion. Ajoutons que dans notre cas particulier la longue durée des paralysies a déterminé des fontles musculaires mais surtout des rétractions tendineuses qui, rendant douloureuse la récupération des mouvements, viennent encore augmenter les difficultés du traitement.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Cette femme présente une inhibition psychique manifeste sous l'influence du plus petit état émotif ; il serait intéressant de pratiquer des examens électro-encéphalographiques en comparant les courbes correspondant à chaque hémisphère cérébral pris séparément. Peut-être trouverait-on des modifications spéciales cérébrales indiquant une différence dans le dynamisme correspondant à la zone motrice responsable de l'hémiplégie ?

A propos de la disparition momentanée de la paralysie chez cette malade sous l'influence d'une émotion, je rapporterai le cas suivant : Une malade est atteinte de paraplégie hystérique depuis plusieurs années ; le feu se déclare dans son immeuble. Elle se lève, descend les escaliers, traverse la rue, monte dans un des appartements de la maison d'en face, se couche dans un lit et la paraplégie disparaît.

M. X. ABÉLY. — Quelle serait ici la cause affective de cette attitude ?

M. VIÉ. — Y a-t-il eu une cause émotive, anxieuse ? On ne sait. Toujours est-il que la tentative de viol subie il y a trois ou quatre ans a amené la réapparition des troubles.

M. MARCHAND. — J'ai observé le cas d'une paraplégique grabataire qui, ayant eu le feu chez elle, se sauva précipitamment pour aller se recoucher dans un autre lit et y retomber aussitôt paraplégique.

M. VIÉ. — Nous avons voulu insister sur le polymorphisme de la présentation hystérique (formes mentales, motrices, etc...), polymorphisme que nous croyons pouvoir rapporter à une question de terrain.

M. DUBLINEAU. — Le terrain me paraît en effet capital dans la forme que prennent les troubles (troubles psychiques, troubles moteurs). Mais c'est là une notion très générale et qui déborde largement le problème de l'hystérie. On peut dire en effet que plus le sujet, dans l'expression de ses troubles, tend vers les formes motrices (ou plus généralement neurologiques), plus sa formule typologique comprend de composantes athlétiques. En matière d'hystérie, la détermination paralytique que réalisent ces formes motrices ou sensitivo-motrices m'a paru assez souvent obéir à cette loi.

Un cas d'adipose hypophyso-tubérienne,
par MM. X. ABÉLY et SUTTEL.

Nous vous présentons un cas d'adipose considérable chez une jeune fille de 22 ans.

OBSERVATION. — Cette jeune fille est israélite, mais on ne trouve dans sa famille aucun antécédent pathologique et notamment aucun syndrome analogue. Les trois enfants sont normaux.

L'obésité de notre malade dissimule d'ailleurs un véritable infantilisme qui se traduit par la petitesse de la taille et par la finesse des extrémités. Le crâne est de grosseur normale et la face est très peu infiltrée de graisse. L'adiposité porte sur le tronc et sur les membres en respectant les mains et les pieds. La nuque en marque la limite supérieure. La circonférence thoracique est de 104 cm. Les creux sous-claviculaires sont presque comblés. Les membres supérieurs et surtout les bras sont épaissis. Les saillies du coude ne sont plus visibles. La déformation prédomine sur la moitié inférieure du corps, réalisant une apparence éléphantiasique. La taille est effacée. La paroi abdominale forme un véritable tablier. Au milieu des hanches la circonférence est de 123 cm. Les fesses sont gonflées de bourrelets graisseux séparés par des sillons. Les cuisses, de forme cylindrique, se prolongent sans transition avec les jambes ; les reliefs des genoux sont effacés. Les chevilles, boudinées, sont séparées des pieds par des sillons profonds. En raison de l'obésité la station debout et la marche sont très difficiles.

Le poids de la malade est actuellement de 85 kilos. Mais elle a subi un amaigrissement considérable du fait de la maladie que nous décrirons plus loin. La mère nous affirme que sa fille a atteint le poids de 116 kilos. Cette adiposité s'est développée précocement, de 5 à 7 ans environ. Son accroissement s'est effectué sans douleur et actuellement encore la malade ne souffre pas.

La peau est sèche et rugueuse. Il n'y a pas de sudation. On ne constate de troubles vasomoteurs des pieds que dans la station debout. Le système pileux est très peu développé. Les poils axillaires et pubiens sont rares. Les cheveux eux-mêmes sont très clairsemés. La malade n'est pas réglée et ne l'a jamais été. Ni la soif, ni l'appétit ne sont exagérés, mais au contraire diminués. « Ce n'est pas une grande mangeuse », dit l'entourage. La diurèse est difficile à apprécier en raison du gâtisme urinaire de la malade, mais ne semble pas augmentée. On n'observe pas de signes neurologiques, ni de lésions cardiaques ou pulmonaires. La dyspnée cependant apparaît facilement. Le Wassermann est négatif dans le sang. La formule hématologique est normale. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. En raison des

difficultés techniques dues à l'obésité de la malade il nous a été impossible de pratiquer d'autres recherches biologiques.

Par contre la radiographie du crâne nous a apporté de précieux renseignements. La selle turque est petite. Tandis que les apophyses clinoides antérieures sont très peu marquées, les postérieures sont volumineuses, en forme de bec surplombant et rétrécissant la cavité sellaire qu'elles tendent à fermer, étranglant l'hypophyse et la tige pituitaire.

L'état mental de notre malade concorde avec les troubles physiques. Il s'agit d'un infantilisme psychique : débilité mentale, défaut de connaissances scolaires, puérilisme. La jeune fille était d'ailleurs douce, calme, affectueuse. Elle se livrerait, dans la mesure de ses possibilités, à de petits travaux de ménage. La malade ne serait jamais entrée à Sainte-Anne si un état physique et psychique grave d'allure infectieuse n'était survenu. A son entrée on constatait une confusion mentale nette avec égarement, agitation, déclamations incohérentes, cris, opposition vive, hallucinations auditives avec réponses aux voix, fausses reconnaissances.

L'état général était grave avec des lèvres fuligineuses et de la stomatite. La fièvre, qui a présenté plusieurs oscillations, est montée au-delà de 40°. Le taux de l'urée sanguine était cependant normal. L'étiologie était difficile à préciser en l'absence de symptômes viscéraux localisés. Mais on observait des signes neurologiques très suggestifs : ptosis, déviations oculaires, myoclonies, itérations qui démontraient une atteinte nerveuse et plus particulièrement mésocéphalique. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là une reviviscence, un retour offensif d'un virus encéphalitique, dont les premières manifestations seraient passées inaperçues au cours de l'enfance. La maladie aiguë a guéri. Elle a entraîné une diminution de l'adiposité et quelques troubles trophiques ; au niveau des pieds sont notamment apparus des points de gangrène très douloureux qui sont en voie de résorption et de réparation. La confusion mentale a totalement disparu ainsi que tous les symptômes psychiques et neurologiques qui l'accompagnaient. Il semble cependant que l'état mental soit plus déficient qu'avant la maladie. Nous avons craint à un certain moment une évolution hébéphrénique en présence de symptômes tels que : stéréotypies verbales, négativisme, indifférence, bizarreries. Cependant une amélioration s'est manifestée. La malade est affective à l'égard de sa mère et même à l'égard des infirmières. Mais elle reste extrêmement ralentie au point de vue psychique et psychomoteur. Elle ne répond que très brièvement. Elle reste inerte toute la journée. Elle ne demande pas à jouer ou à se lever et reste gâteuse.

En somme, notre cas, avec son infantilisme physique et psychique, son aménorrhée et son énorme adiposité, représente un tableau d'insuffisance peut-être pluriglandulaire, sûrement hypo-

physaïre, et sans doute infundibulo-hypophysaïre avec dystrophie osseuse de la selle turcique.

Mais quel diagnostic nosologique faut-il porter ? Aucun ne nous paraît pleinement satisfaisant. La maladie de Dercum est plus tardive et associée à des douleurs. Le syndrome de Stewart-Morel est lui aussi tardif et s'accompagne de virilisme et d'une hyperostose frontale qui n'existe pas ici. Le syndrome adiposogénital de Babinski-Frœlich présente, avec une obésité moins monstrueuse, une participation beaucoup plus marquée du visage. Nous croyons d'ailleurs que cette précision importe peu. Tous ces syndromes ont une pathogénie commune. Les adiposes partielles doivent, elles aussi, rentrer dans le même cadre. L'un de nous a publié en 1937 un cas de lipomatose symétrique du type Launois-Bensaude ; or la radiographie a montré une déformation nette de la selle turcique et une hyperostose frontale importante qui apparentait cette observation au syndrome de Stewart-Morel.

On peut synthétiser une grande partie de ces divers types cliniques en un groupe symptomatique où l'on trouve, à côté d'une insuffisance ou d'un déficit mental, un trouble du métabolisme des lipides associé à une lésion hypophyso-tubérienne et à des dystrophies craniennes qui peuvent être localisées à la selle turcique. La lésion osseuse paraît être généralement consécutive à la lésion neuro-glandulaire et liée à une perturbation du métabolisme calcique. On peut remonter plus haut et trouver dans plusieurs cas la cause de la lésion infundibulo-pituitaire dans une maladie atteignant le système nerveux ou dans une encéphalite primitive parfois passée inaperçue. C'est l'hypothèse que nous avons émise dans notre cas, qui pourrait être rattachée à une névraxie de l'enfance ayant subi récemment un regain de virulence.

**Paralysie générale décélée par un ictus amnésique,
par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL.**

Nous vous présentons un cas de paralysie générale dont le tableau clinique est extrêmement réduit et qui s'est révélée par un ictus amnésique. Le début de la démence paralytique par un ictus de ce genre a été signalé par Fournier, par Benon, par Breger. Ces observations sont rares ; celle-ci est particulièrement typique.

OBSERVATION. — M. C., âgé de 48 ans, est un officier radiotélégraphiste de la marine marchande. La compagnie de navigation à laquelle il est resté attaché, ne pouvant plus l'utiliser, lui avait trouvé une place de contrôleur des métaux non ferreux dans la région de Quimper. Cette fonction ingrate et pénible lui déplaisait beaucoup et l'avait fatigué physiquement et moralement. Il semble que depuis quelque temps il avait de la difficulté à accomplir son travail. Il se plaignait de céphalées. Il est venu récemment à Paris dans le but de régler une question financière à la Délégation des métaux. Lorsqu'il s'est présenté à ce Centre il paraissait à tel point bizarre et troublé qu'on l'a dirigé sur l'hôpital Henri-Rousselle.

M. C. n'a conservé aucun souvenir des diverses étapes de ce voyage, depuis le départ jusqu'à l'hospitalisation. Il a cependant accompli normalement le trajet et s'est bien dirigé dans Paris. C'est au moment de son arrivée à la Délégation que paraît se situer l'ictus qui a déterminé par conséquent une amnésie rétrograde et antérograde. Lors de son entrée dans notre service le malade était encore obnubilé et son amnésie était très étendue dans le passé. Sa désorientation était totale, ses renseignements imprécis, ses souvenirs anciens tout à fait estompés. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que M. C. a repris conscience de sa situation et que son amnésie s'est peu à peu dissipée. Les souvenirs du passé sont revenus. Les acquisitions scolaires et professionnelles sont intactes. Le malade est maintenant au courant des événements les plus récents. Mais l'amnésie lacunaire du voyage persiste à peu près intégralement, en dehors de quelques obscures réminiscences. Par ailleurs on ne constate que des troubles psychiques assez légers. L'affectivité, le jugement paraissent très peu touchés. Il n'y a aucune idée délirante. M. C. s'èmeut au rappel de l'accident psychique qui vient de le frapper. Il décrit son surmenage, la fatigue, les difficultés et le dégoût que lui procuraient ses fonctions actuelles. Il s'intéresse à son avenir, et exprime son désir de revenir rapidement dans la marine marchande. Il donne des réponses sensées, logiques et pertinentes sur les questions les plus diverses. Cependant on pourrait trouver dans son attitude de petits indices de fléchissement de l'attention de l'auto-critique. Il ne connaît pas le nom de l'établissement. Il se trouve encore fatigué, mais ne s'estime pas vraiment malade. Ce ne sont là que des nuances dans le tableau psychique général. Ce qui domine en effet c'est l'apparence de dépression, d'asthénie physique et mentale. Le malade est bradypsychique, ne parle pas spontanément, ne se lie pas avec ses voisins, reste toute la journée inactif. Sans doute peut-on voir là l'indice d'un défaut de productivité mentale. L'aspect dépressif semble plutôt concorder toutefois avec la présence précoce du malade.

En somme, l'affaiblissement psychique est réduit au minimum. Il ne s'agit même pas de ces paralysies générales purement amné-

siques dont M. Guiraud et Mme Leulier rapportaient encore un exemple récent, et que les auteurs anciens appelaient paralysie générale sans aliénation. L'amnésie est étroitement localisée et les troubles ont été d'ailleurs en régressant. Les signes physiques sont eux-mêmes très limités. La dysarthrie spontanée n'existe pas. On ne révèle des troubles d'articulation que dans les mots d'épreuve. Les réflexes rotuliens sont normaux, mais les réflexes achilléens sont très faibles. Il n'y a aucun signe de lésion en foyer. Seuls sont nets l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll. Notons que la tension artérielle est normale et que nous n'avons aucune notion de crises épileptiformes ou de traumatisme récent. Le malade n'a pas le souvenir d'un accident syphilitique et n'a jamais eu de prise de sang ou de ponction lombaire. Par contre, les réactions humérales ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité d'une paralysie générale en évolution : Sang : Meinicke, Kahn et Wassermann fortement positifs. *Liquide céphalo-rachidien* : albumine 0,80 ; Pandy et Weichbrodt + ; leucocytes : 36 ; Meinicke et Wassermann + ; Benjoin : 22221.12222.10000.

La paralysie générale est presque, dans ce cas, une découverte due à la sérologie.

Les variations pondérales et la période critique au cours de la psychose maniaco-dépressive en temps de restrictions alimentaires, par MM. P. CHATAGNON et J. MABON.

Parmi les manifestations fondamentales de la physiopathologie des syndromes mentaux prennent place les troubles plus ou moins profonds de la nutrition ; ceux-ci accompagnent d'une façon quasi-constante l'évolution de la plupart des psychopathies, mais ils s'observent avec une régularité, une intensité et une ampleur vraiment remarquables dans la psychose maniaco-dépressive.

Les oscillations de poids les plus grandes, les dénivellations les plus marquées s'observent presque sans exception dans la manie-mélancolie. Ces chutes pondérales, on les observe même avec un régime alimentaire normal, mais elles prennent une allure catastrophique par temps de famine. Ces chutes pondérales sont dues à une fonte rapide des albumines et des graisses ainsi qu'à la déshydratation tissulaire, provoquées elles-mêmes : pour une part, par la diminution de l'apport alimentaire, et d'autre part et surtout par la réduction des réactions enzymatiques par suite de la limitation des sécrétions exo et endocrines (en particulier, des

glandes salivaires et des glandes digestives), et enfin, par la réduction des fonctions d'assimilation (1).

Ces phénomènes, vraisemblablement sous la dépendance d'un trouble de la commande centrale (régions du tronc cérébral et du diencephale), aboutissent à un fléchissement progressif de toutes les fonctions viscérales, d'où il résulte (au moment où on arrive à la reprise de l'activité fonctionnelle des centres commandant les phénomènes de nutrition) l'apparition d'une période critique, au cours de laquelle le sujet succombe souvent. L'examen anatomique a alors beaucoup de difficultés à expliquer les causes réelles de la mort qui n'est pas provoquée par de grosses lésions macroscopiques mais par les troubles fonctionnels de la nutrition viscérale et cérébrale vraisemblablement. Cette période critique est particulièrement sévère en temps de famine. C'est un cas de ce genre dont nous rapportons succinctement l'histoire clinique.

OBSERVATION. — Mme S., née en 1897, à Caprino-Neronèse (Italie), entre une première fois, en mai 1935, pour un état maniaque suivi d'une période dépressive. Sortie guérie en février 1937. Poids à l'entrée 100 kg. ; poids minimum 67 kg. ; poids à la sortie 82 kg. 100.

Entre pour la deuxième fois dans notre service, en décembre 1943, pour un grand état d'excitation maniaque. Evolution entrecoupée d'abcès des parties molles du talon gauche. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Bordet-Wassermann : sang négatif. Pas de lésions viscérales. Alimentation régulière avec ébauche de reprise fin avril. Poids à l'entrée : 77 kg. 400. Décès le 13 mai 1944. Poids 40 kg.

Examen anatomique (résumé) : amaigrissement cachectique, disparition des masses graisseuses de toute l'économie. Poumons normaux. Pas de cicatrices anciennes ou récentes. Gros cœur gauche avec ectasie aortique (sans histoire clinique). Gros foie (1.200 gr.), ferme à la coupe avec hypertrophie légère de la rate (190 gr.) (éthylisme professionnel). Athérome de l'aorte thoraco-abdominale avec plaques scléreuses au niveau de la fourche iliaque. Endocrines : surrénales, pancréas, ovaires, normaux. Petit kyste du lobe médian du corps thyroïde.

L'étude comparée de la courbe de poids durant le premier séjour, 1935-1937, avec celle du deuxième séjour, 1943-1944, est très édifiante.

On y voit, lors de la première partie, une chute de poids assez brutale, allant de 100 à 60 kg., la partie terminale de la courbe représentant la phase critique, puis une ascension progressive par paliers dont le début est marqué par la reprise de l'appétit (période dite de

(1) Voir M. DOUALLA-BELL. — Contribution à l'étude de la mélancolie chez la femme. Thèse Paris 1940.

reprise ou d'embrayage) et qui s'achève à un chiffre de 80 kg., normal pour le sujet.

Lors du deuxième séjour, la chute de la courbe (elle va de 77 kg. à 40 kg.) est tout aussi vertigineuse, mais l'exitus survient à la période critique, le poids est alors, répétons-le, de 40 kg.

Schématiquement, en effet, on peut représenter l'évolution pondérale au cours des accès maniaco-dépressifs sous la forme d'une parabole à branches égales, la partie terminale de la branche descendante représente la phase critique : la branche ascendante est plus ou moins étalée selon la rapidité de la récupération de l'organisme (présentation de graphiques).

La période critique s'étend sur une durée variable allant des derniers jours où l'anorexie est moins absolue et se mine assez brusquement ou au contraire assez lentement en une sensation de faim ardente. C'est bien aussi une période de reprise d'« embrayage » durant laquelle toutes les fonctions digestives, toutes les sécrétions, toutes les activités enzymatiques, y compris celles de la moelle osseuse et du tissu réticulo-endothélial, sont mises en branle. C'est cette période critique ou de reprise qui est la plus dangereuse, car les fonctions viscérales déficientes (en particulier les fonctions cardio-vasculaires et sécrétoires exocrines) vont avoir à fournir un effort parfois trop considérable pour leur débilitation ; et c'est bien à ce moment qu'on observe les morts soudaines. Aussi ce moment critique sera-t-il celui auquel on devra tout mettre en œuvre pour une diététique appropriée : la reprise progressive d'un régime alimentaire substantiel prime toute autre considération thérapeutique. La ration doit être graduellement augmentée et constituée des éléments qui font le plus défaut à l'organisme spolié (albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone et catalyseurs minéraux et organiques, etc...), en quantité supérieure à celle calculée comme étant nécessaire et en quantité supérieure à celle supposée utilisée. L'absence d'une telle pratique, le malade ne reprend que partiellement ou pas du tout, et ce sont alors les complications fatales dont, fait curieux, la tuberculose n'est le plus souvent pas responsable.

Résumé : Parmi les syndromes mentaux c'est assurément au cours des états maniaques et mélancoliques que les fonctions de nutrition présentent leur maximum de dérèglement et que les chutes pondérales ont leur plus grande amplitude. Ces troubles de la nutrition ont vraisemblablement une origine centrale (mésencéphalo-diencephalique) et sont en partie sous la dépendance de la diminution d'apport alimentaire. Ces troubles de la

nutrition retentissent sur l'ensemble des fonctions de l'organisme en adullérant profondément les viscères.

Il existe une phase critique qui s'étend du moment où à l'anorexie fait place le réveil de la sensation de faim, elle est marquée sur la courbe de poids par la zone de jonction des deux branches d'une parabole. C'est au cours de la phase critique que les accidents mortels sont les plus fréquents.

La période de reprise lui fait suite : en raison des restrictions alimentaires de l'heure présente, cette phase de reprise ou « d'embrayage » s'instaure avec peine et est marquée plus fréquemment que normalement d'accidents mortels.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Il est regrettable qu'on n'ait pu rechercher ici l'atrophie de la partie antérieure du tuber, qui aurait apporté des éléments complémentaires d'information.

Nous avons naguère publié des cas inverses du cas présenté, avec, dans les états maniaques, variations et reprises de poids énormes, hypoglycémie, hypothermie, tous faits montrant à mon sens l'importance de la partie antérieure du tuber.

Les aortites tardives chez les paralytiques malarisés, par MM. P. GUIRAUD, H. SAUGUET et M^{me} H. LEULIER.

Les manifestations syphilitiques tertiaires survenant chez des paralytiques généraux impaludés ont fait l'objet d'un certain nombre d'études dont on trouvera les références dans les travaux de Leroy et Médakowitch, de Bruneau (1) et de Mignardot (2). Toutes les observations rapportées ont trait à des lésions cutanées syphilitiques, plus particulièrement à des gommes. En dehors des accidents cutanés, on relève des cas d'ostéopériostite, de kératite parenchymateuse, de lésions secondaires papulo-squameuses avec alopecie, voire même de sclérose en plaques syphilitique et d'artérite cérébrale.

Moins connues, par contre, sont les manifestations viscérales et plus particulièrement les manifestations cardio-vasculaires postérieures à la malarithérapie. Leur intérêt pathogénique et thérapeutique nous paraît digne d'attention. C'est pourquoi nous

(1) BRUNEAU. — *Thèse de Paris* 1932.

(2) MIGNARDOT. — *Thèse de Nancy* 1935.

présentons devant la société trois malades paralytiques atteints d'aortite, après guérison pratique de leur paralysie générale.

Certes les affections aortiques sont assez fréquentes au cours de la paralysie générale. Selon Frisch, sur 115 cas de syphilis nerveuse, 39 % des cas coexistaient avec des lésions de l'aorte : parmi ces cas, 29 % revenaient à la paralysie générale, 48 % au tabès et 34,8 % à la syphilis cérébro-spinale. La bénignité de ces altérations aortiques serait manifeste, comparativement à l'aortite classique. Cette différence résulterait d'un antagonisme entre la syphilis nerveuse ectodermique et la syphilis aortique mésodermique (Frisch-Lowenberg). Selon ces auteurs, l'évolution vers l'anévrisme ou l'insuffisance cardiaque serait exceptionnelle. Ces considérations, étayées par des statistiques importantes, avaient permis de conclure à l'absence de contre-indication à la malaria-thérapie.

Aussi bien n'avons-nous pas l'intention de revenir sur ces faits : nous ne retiendrons que les manifestations cardio-vasculaires primitives apparues longtemps après une thérapeutique par la malaria.

OBSERVATION I. — Ch..., 65 ans. 1^{er} placement, février 1939 à l'âge de 60 ans. Affaiblissement psychique global avec état d'excitation, euphorie, satisfaction, loquacité, turbulence, désorientation, troubles importants de la mémoire, fabulation, troubles du jugement et de l'auto-critique, idées de grandeur et de richesse. Troubles du comportement. Altercations avec ses clients. Scandale au marché. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Argyll-Robertson. Tremblement digital. Notion d'un alcoolisme surajouté. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,58 ; Pandy et Weichbrodt + ; leucocytes, 38,4 ; Benjoin 22222.22222.20000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann, positifs. Sang : Bordet-Wassermann + ; Meinicke + ; Kahn +. Examen viscéral et cardiaque négatif. Cœur normal. Tension artérielle 12/8. Malariathérapie bien supportée. Sortie améliorée en juillet 1939. Activité réduite aux occupations ménagères. Malade suivie et traitée régulièrement en consultation externe : stovarsol, arsenomyl, sulfarsénil.

2^e internement (25 avril 1944) : Paralysie générale fixée. Subexcitation psychique. Optimisme, loquacité, turbulence épisodique. Dysmnésie. Oublis. Altérations moins marquées du jugement et de l'auto-critique. Troubles du comportement (oublie de fermer son gaz, se perd dans le métro...). Sénilisation. Syndrome physique inchangé. En outre, aortite. Ballement aortique sus-sternal. Pouls petit, tendu. Cœur : à la base, double souffle systolique et diastolique avec propagation vers les vaisseaux du cou. A la pointe, léger souffle systolique. Tension artérielle 16/7. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,22 ;

leucocytes, 0 ; Pandy et Weichbrodt, négatives ; Benjoin, 11100.00220. 00000 ; Bordet-Wassermann, négatives. Sang : réactions négatives.

OBSERVATION II. — B., Maria, 53 ans. Internement en mai 1936 à l'âge de 45 ans. Affaiblissement psychique. Troubles du jugement et de l'auto-critique. Projets déraisonnables. Dépenses inconsidérées. Idées délirantes de grandeur et de richesse. Euphorie. Satisfaction. Expansivité. Turbulence. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Pupilles inégales et paresseuses à la lumière. Tremblements lingual et péri buccal. Cœur normal. Tension artérielle 15/3. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,75 ; Pandy et Weichbrodt + ; leucocytes, 179 ; Benjoin, 22222.12222.10000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann +. Sang : réactions positives. Malariathérapie normalement supportée. Sortie en août 1936. Stovarsol. Arsénomyl.

En octobre 1940 : palpitations, dyspnée d'effort. Matité aortique débordant à droite le bord sternal. Tension artérielle 19/7, indice 5. *Insuffisance aortique* avec gros souffle diastolique. Scopie : cœur globuleux avec grosse masse ventriculaire. E.C.G. tracé normal avec prépondérance gauche. Orthodiagramme en O.A.G.G. : aorte déroulée avec parallélisme du bord. Traitement institué : cyanure, stovarsol, arsénomyl, biazan. Réactions dans le sang : positives.

Actuellement, se plaint de dyspnée d'effort. Battement des sous-clavières. A la base : souffle systolique d'intensité moyenne. Deuxième bruit rude suivi d'un souffle diastolique léger. Tension artérielle : 16/8. Pouls ample, dur, vibrant. L'orthodiagramme montre une ombre cardiaque étalée, couchée, un arc ventriculaire gauche assez fortement convexe et allongé ; l'aorte est cylindriquement dilatée et déroulée.

OBSERVATION III. — C., Julie, 50 ans. Internement en juillet 1938, à 45 ans. Le certificat mentionne : affaiblissement psychique global. Troubles de la mémoire et de l'orientation. Excitation confusionnelle avec bavardage incessant et incohérent. Idées de richesse et de satisfaction. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Pupilles inégales et inertes à la lumière. Cœur : *souffle systolique à la base*. Tension artérielle 17/6. Liquide céphalo-rachidien : albumine 3,60. Pandy et Weichbrodt + ; leucocytes, 58 ; Benjoin colloïdal 12222.20012.22210 ; Bordet-Wassermann et Meinicke +. Sang : réactions positives. Malariathérapie bien supportée. Réduction complète des troubles mentaux. Capacités sociales normales. Liquide céphalo-rachidien (octobre 1939) : albumine 0,40, globulines +, leucocytes 2,4. Benjoin 12210. 22221.00000. Meinicke — ; Bordet-Wassermann + partiel.

En mai 1944, céphalées fréquentes. Bourdonnements et sifflements d'oreilles. Hyperémotivité (P. 100). Danse des artères (humorale, sous-clavière, aorte), artères sinueuses. Faciès aortique. Amaigrissement. Très grosse insuffisance mitrale. A la base, souffle diastolique et souffle systolique. A la pointe très gros souffle systolique. Tension artérielle 22/15. Urines : albumine + ; pas de sucre.

Les cas publiés d'altérations cutanées ou gommeuses ont trait à des paralysies générales malarisées depuis relativement peu de temps (1), tandis que dans nos cas l'aortite apparaît plusieurs années après la malariathérapie, alors que le malade est guéri de ses troubles mentaux. Nous avons pu les observer parce que les malades, suivis en consultation externe, continuent à être soignés régulièrement.

Lorsque les auteurs parlent d'accidents tertiaires après malariathérapie, c'est qu'ils sont préoccupés de démontrer l'action de la malaria qui, d'après eux, consisterait en un changement global de l'organisme du paralytique général chez lequel la parasymphilie se transformerait, grâce à elle, en syphilis tertiaire. Ainsi Gerstmann, Dujardin et Descamps, Chevalier et Meyer, etc.... voient, dans l'apparition de ces phénomènes tertiaires, une transformation de la forme anallergique de la syphilis cérébrale en une forme allergique, ou encore une transformation du processus paralytique en processus syphilitique. Une telle hypothèse est loin d'embrasser d'une manière satisfaisante la totalité des faits expérimentaux cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques. L'un de nous (2) a insisté à plusieurs reprises sur l'artifice de ces distinctions. La notion de parasymphilie n'a été inventée que pour expliquer l'inefficacité des traitements spécifiques ordinaires dans la paralysie générale.

Il semble, qu'au lieu de ces notions verbales, il faille s'en tenir à la notion que la malariathérapie remet le cerveau du paralytique général dans le même état que le cerveau des syphilitiques ordinaires, c'est-à-dire lui redonne l'immunité du cerveau normal, immunité qui empêche le spirochète de se développer dans le tissu cérébral. Quand la malariathérapie arrive à ce résultat, les malades qui étaient, avant elle, atteints : 1° d'encéphalite parenchymateuse spirochétosique (ou paralysie générale), et 2° de syphilis tertiaire latente (parce que les anticorps élaborés au niveau du cerveau empêchaient la pullulation du spirochète dans le reste de l'organisme), restent atteints de syphilis tertiaire. Cette syphilis peut alors se manifester quand le processus d'encéphalite est éteint, et cela aussi longtemps que le malade n'est pas définitivement guéri de sa syphilis. Les lésions tertiaires n'apparaissent donc pas seulement au moment d'une transformation

(1) Nous avons eu récemment l'occasion d'observer une gomme apparue 8 ans après la malariathérapie.

(2) GUIRAUD et CARON, — *A. M. P.*, 1935, t. II, p. 155 ; et GUIRAUD et AJCRIA-GUERRA *Paris médical*, 1934.

hypothétique d'un processus paralytique en processus tertiaire, mais pendant tout le cours de la vie du malade tant qu'il résiste syphilitique.

Cette notion montre que le traitement appliqué habituellement aux paralytiques généraux est parfois irrationnel puisque certains auteurs se bornent à les traiter par des séries répétées de stovarsol seul. Il est plus indiqué de rechercher à la fois l'extinction de la paralysie générale par l'arsenic pentavalent et la guérison de la syphilis tertiaire par le bismuth, l'arsenic trivalent et même le cyanure de mercure ou l'iodure.

Certaines de nos malades, quoiqu'ayant été suivies régulièrement, ont fait de l'aortite. C'est la preuve que leurs traitements n'ont pas été assez intenses, au moins quant aux antispécifiques classiques, mais celle qui a présenté l'aortite la plus grave avait cessé de venir aux consultations pendant plus d'un an.

Une indication thérapeutique intéressante peut être donnée par l'association des analyses du sang et du liquide céphalo-rachidien. Nous ne pratiquons guère une deuxième ponction lombaire qu'environ un an après cette période.

Les malades sorties n'acceptent pas volontiers des ponctions lombaires quand elles se sentent en bon état. Mais quand les réactions du sang restent positives, une ponction lombaire est presque indispensable, et si elle est négative alors que le sang est positif, l'indication est de cesser le stovarsol et de le remplacer par le bismuth ou des arsenicaux trivalents. D'ordinaire, après deux ou trois séries de stovarsol, nous alternons toujours le bismuth et le stovarsol.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Dans les cas qui viennent de nous être signalés l'aortite est de nature syphilitique. A côté de cette forme pathogénique, il en est une autre qui est très fréquente chez les paralytiques généraux ; il s'agit de lésions athéromateuses de l'aorte, dont la pathogénie est toute différente de celle des aortites syphilitiques. La distinction est importante tant au point de vue clinique que thérapeutique.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général,
Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 26 Juin 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 22 mai 1944 et le procès-verbal de la séance du 12 juin 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur RISER, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr H. EY, dans laquelle l'auteur exprime le désir de voir la Société médico-psychologique discuter et présenter aux Pouvoirs Publics des vœux en faveur de l'assistance psychiatrique en France.

Election d'une Commission d'étude

M. LHERMITTE, *président*. — Messieurs, je n'ai pas besoin de vous dire à quel point le désir formulé par notre collègue Henri Ey rejoint les préoccupations traditionnelles et constantes de la Société en matière d'assistance. Aussi bien était-il dans les intentions du Bureau de consacrer à ces problèmes une séance spéciale pour la rentrée d'octobre.

Sur la proposition de M. René CHARPENTIER, rédacteur en chef des « Annales », le Bureau a décidé que le nombre des communications pour cette séance ne serait pas limité à sept.

Lors de la même séance, il a paru que pourraient être discutés les vœux formulés par notre collègue. Dès aujourd'hui nous vous proposons d'élire une Commission chargée de prendre connaissance, de façon plus approfondie, de la lettre de M. Ey et de formuler les résolutions éventuellement nécessaires.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée. Une *Commission* composée de MM. N. ABÉLY, H. BEAUDOIN, Jean DELAY, DEMAY, H. EY,

MARCHAND, ainsi que des membres du Bureau est élue. Elle déposera son rapport à la séance d'octobre.

Décès de M. Emile Adam, membre correspondant national

M. LHERMITTE, *président*. — Messieurs, j'ai le regret de vous faire part du décès de notre collègue, le D^r Emile ADAM, médecin de la Maison de Santé Saint-Georges, à Bourges, et *membre correspondant national* de notre Société depuis 1934. Je prie notre collègue, Frantz Adam, son frère, de vouloir bien trouver ici l'expression de nos condoléances et l'assurance de notre sympathie.

Décès de M. le Docteur Achille Santenoise, membre titulaire

M. LHERMITTE, *président*. — Messieurs, j'ai le regret de vous faire part du décès de notre collègue, le D^r Achille SANTENOISE. Né le 5 mars 1871, Ach. Santenoise était médecin-adjoint des asiles depuis 1896 et médecin-chef à Saint-Ylie depuis 1906. Il conserva ce dernier poste jusqu'à sa retraite, en 1936. Il était *membre titulaire* de notre Société depuis la fusion, en 1931, des trois Sociétés psychiatriques. Il fut *secrétaire général* de la 27^e Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, en 1923, à Besançon.

Nous adressons à sa famille, et particulièrement à son fils, notre collègue le Professeur Daniel Santenoise, l'expression de nos condoléances et de notre vive sympathie.

COMMUNICATIONS

L'électro-choc (7^{me} note). Enregistrement oscillophotographique de l'intensité et du voltage du courant utilisé, par MM. M. LAPIPE et J. RONDEPIERRE (1).

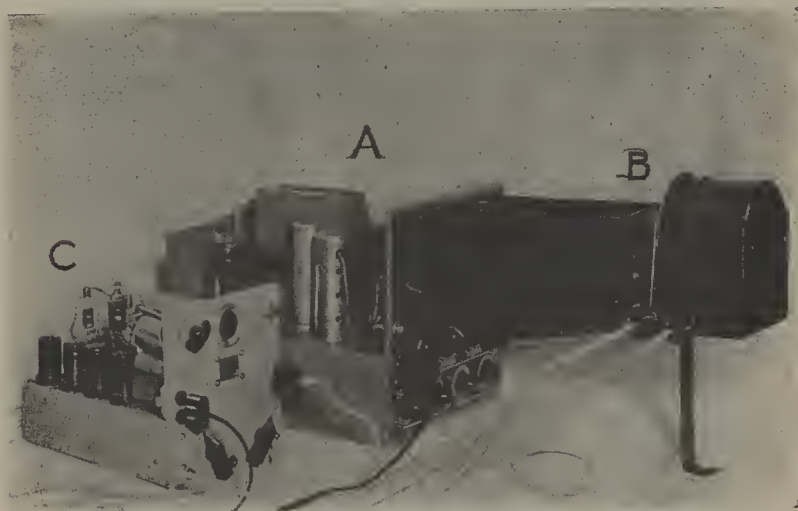
En 1940, nous avons étudié et construit, les premiers en France un appareil pour l'électro-choc. Son maniement était relativement complexe. Nous l'avons considérablement simplifié en 1941 tout en augmentant la précision. Les modèles présentés par nous les années suivantes comportent seulement des modifications d'ordre pratique.

(1) Nous tenons à exprimer ici notre vive reconnaissance à M. Roger Jacquet, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, ingénieur de l'Ecole Nationale des télécommunications qui a bien voulu accepter de contrôler au point de vue technique ce travail nous apportant ainsi très aimablement une collaboration particulièrement compétente.

Avec ces appareils donnant aux électrodes du casque du courant alternatif à 50 périodes, nous avons pu montrer en mars 1941 que :

1° Si en vue de provoquer une crise comitiale on fait passer à travers la boîte crânienne un courant *alternatif*, le travail électrique à mettre en jeu pendant un temps donné est constant pour un patient donné. Cette énergie ne paraît pas être fonction de l'état mental du sujet. Elle est propre à chaque malade.

2° Si la durée du temps de passage varie, la quantité d'énergie à fournir suit des lois générales parallèles à celles de l'excitation électrique du nerf (chronaxie).



Ces faits sont aujourd'hui bien établis. En dehors de notre expérience personnelle, nous avons interrogé un grand nombre de confrères utilisant l'un de nos appareils (actuellement plus de 150 fonctionnent en France) : tous sont d'accord pour confirmer les lois énoncées par nous. Les Hollandais, en 1942, ne connaissant probablement pas nos travaux, sont arrivés aux mêmes conclusions que nous.

Pour un malade donné, l'énergie à fournir est donc constante mais les éléments de cette énergie ne varient-ils pas, eux, pendant la courte phase électrique du traitement (quelques dixièmes de seconde) ? Par « éléments » nous entendons la tension, l'intensité et l'angle d'impédance. Ils dépendent des valeurs — de la résistance et de la capacité — par lesquelles on peut schématiser

au point de vue électrique tout tissu biologique. Rien n'indique *a priori* la constance de ces deux facteurs pendant le choc. Il pourrait donc y avoir des variations concomitantes de l'intensité, de la tension et de l'angle d'impédance.

Il est pratiquement impossible de faire ces mesures pendant un temps très court avec un voltmètre et un ampèremètre électromagnétiques, en raison de leur trop grande inertie. D'ailleurs ces deux instruments ne permettent pas d'apprécier le déphasage (ou



angle d'impédance). Nous nous sommes adressé tout naturellement à l'oscillographe cathodique (A). Nous avons fait construire un enregistreur photographique (B) spécial à démarrage électrique différé. Il nous fallait mesurer, à la fois, la tension et l'intensité, sur un même oscillogramme, pour juger de l'angle d'impédance. A cet effet, nous avons fait construire également un inverseur électronique (C). Cet appareil, qui distribue alternativement l'intensité et la tension sur l'oscillographe, et ce, à une cadence de 1.000 inversions par seconde, permet de voir, sur un même écran et simultanément, les deux courbes. (Photographie du matériel) Avec ce matériel (1), nous avons expérimenté à l'hôpital psychia-

(1) ... dont nous sommes redevables pour une part importante à l'obligeante compréhension de M. Lesueur, Préfet-Directeur de Ville-Evrard qui mérite nos plus sincères remerciements.

trique de Ville-Evrard, dans le service de l'un de nous et sur un nombre de malades suffisant pour qu'aucune anomalie ne nous ait échappé.

Les difficultés pratiques mises à part, il serait inutile et fasti-



dieux de reproduire, ici, un grand nombre de nos oscillogrammes, vu leur similitude constante.

Nous en avons choisi deux, l'un sans déphasage (cliché n° 1) et l'autre avec le déphasage maximum enregistré par nous (cliché n° 2). Tous les autres oscillogrammes présentent la même allure générale et ne diffèrent des précédents que par l'amplitude de la tension et de l'intensité (1).

(1) La sinusoïde inférieure représente l'intensité, la supérieure la tension.

De l'examen de toutes ces courbes nous pouvons tirer les déductions suivantes :

- 1) La tension et l'intensité restent constantes pendant le choc.
- 2) L'angle d'impédance est toujours petit (nous n'avons pas trouvé de valeur supérieure à 12°).

D'où il ressort que :

1. L'angle d'impédance restant négligeable, *la boîte crânienne peut être considérée comme une résistance purement ohmique* (1). Notamment pour le calcul de la puissance, le fait de négliger l'angle d'impédance ne peut introduire qu'une erreur de 3 % au maximum.

2. D'autre part, *la résistance est constante au cours du choc*. En effet, d'après la loi d'Ohm : $E = I \times R$, E et I étant constants. R est constant.

En mesurant le grandissement total de l'appareil enregistreur, d'une part, et connaissant, d'autre part, la sensibilité de l'appareillage électrique, nous avons calculé, sur tous les oscillogrammes, la tension, l'intensité et le travail électrique. Ces vérifications nous ont amenés à la conclusion suivante : le travail que nous voulons mettre en jeu et le travail réellement fourni ne diffèrent pratiquement pas. D'autre part, avec ce travail électrique obtenu (et pour un malade dont nous connaissons le seuil épiléptogène), nous déclenchons une crise comitiale à coup sûr.

Les lois énoncées par nous en 1941 reçoivent donc une confirmation évidente, et nos appareils, construits d'après ces lois, possèdent une précision à laquelle ne peuvent prétendre certains appareils empiriques existant actuellement en France.

CONCLUSION. — A l'aide d'un oscillographe cathodique, d'un inverseur électronique et d'un enregistreur photographique nous avons pu rendre visibles et mesurer l'intensité et le voltage réels au cours de l'électro-choc. Les éléments du courant I et E restant constants, il résulte, d'après la loi d'Ohm, $E = IR$, que la résistance de la boîte crânienne (R) reste pratiquement constante. Nous avons pu vérifier également, grâce à ce dispositif de recherches, que l'angle d'impédance est négligeable.

Ces constatations confirment d'une part le bien-fondé des lois introduites par nous dans l'étude de l'électro-choc en 1941, d'autre part que le travail électrique à utiliser pour obtenir une crise comitiale et le travail électrique effectivement dépensé à cette occasion sont pratiquement équivalents en utilisant notre appareil dont la précision se trouve ainsi démontrée.

(1) C'est-à-dire obéissant à la loi d'Ohm.

Psychisme et mésodiencephale, par M. J. LHERMITTE (Réponse à la communication de M. P. Guiraud du 27 mars 1944).

A la séance du 27 mars dernier, M. Guiraud a présenté une communication intitulée : « Le rôle du 3^e ventricule dans le psychisme », communication qui apparaît comme une réplique à la présentation que j'avais faite avec M. Fleury et qui avait trait à une nouvelle observation de troubles mentaux à type de confusion amnésique et fabulante de Korsakow chez un sujet atteint de lésion strictement localisée à l'espace opto-pédonculaire. Qu'il me soit permis de répondre brièvement à l'argumentation de M. Guiraud.

Et d'abord, le titre de cette communication est significatif. M. Guiraud est cartésien, il le reconnaît en écrivant : « Descartes lui-même, le plus pur des dualistes, avait pris une position qui, topographiquement au moins, n'est pas très éloignée de celle que je prétends soutenir ». Mais, précisément, nous sommes aux antipodes de la théorie cartésienne, des esprits animaux dont le flux et le reflux seraient réglés par cette petite glande, « le conarion », en laquelle, selon le philosophe, se réunissent et se fusionnent les images, en laquelle aussi « l'âme exerce immédiatement ses fonctions ». La théorie des esprits animaux et du rôle actif du « conarion » (l'épiphyse), dont Descartes d'ailleurs n'est pas le créateur, avait pour elle un certain lien logique, mais parler du 3^e ventricule dans les fonctions psychiques ne peut se défendre aujourd'hui.

M. Guiraud entend-il, dans sa pensée, les parois du 3^e ventricule ? Mais alors c'est toute l'étendue du diencéphale qu'on met en cause, tandis que j'ai eu en vue, exclusivement, une portion rigoureusement limitée et définie de celui-ci : l'hypothalamus médian. Je ne saurais trop m'élever contre cette facilité avec laquelle tant de neuro-psychiatres emploient les termes anatomiques les plus divers pour désigner, semble-t-il, une même chose. A lire bien des textes, l'on se persuade que les auteurs ne font guère de différence entre le tronc cérébral, le diencéphale, l'hypothalamus, les centres organo-végétatifs. Si l'on songe que le tronc cérébral (Hirnstamm, Stammhirn, Brain stem) comprend tout l'encéphale, hormis le pallium et le cervelet, l'on avouera que prétendre localiser une lésion encéphalique en parlant de tronc cérébral est pure vanité. Efforçons-nous donc de mettre de la clarté dans les termes si nous désirons en porter dans les choses.

M. Guiraud soutient que, lors de la Réunion neurologique de 1934, la composante psychique a été systématiquement négligée « par crainte d'entrer dans la Hirnmythologie ». Ceci n'est pas exact ; le Rapporteur (J. Lhermitte) avait comme thème : « Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique », il convenait donc de faire état exclusivement des cas dans lesquels une lésion localisée à l'hypothalamus médian pouvait être tenue pour responsable d'un complexe psychopathique. Aussi, le Rapporteur, tout en se gardant de pénétrer dans la Mythologie cérébrale à la suite des Küppers, des Haskovec, des Friedrich Kraus, et de chercher une représentation morphologique au *Ich* et au *Es* freudiens, ou encore de dévoiler les mystères de la « conscience centrale » « du prétendu *Ich Zentrum* », s'est-il limité à rappeler quelques faits anatomo-cliniques, qui témoignent que certaines altérations localisées à l'hypothalamus peuvent entraîner des modifications plus ou moins profondes et parfois singulières dans la vie psychologique (Weisenburg, Claude et Lhermitte, Roussy et Lhermitte, Schilder). Et M. M. Dide qui, lors de cette réunion, critiqua fort aimablement le Rapporteur, se montra fort en peine d'apporter le moindre fait positif nouveau pour appuyer sa critique.

Je sais fort bien que MM. Dide et Guiraud ont soutenu cette thèse que les troubles de l'activité diencéphalique sont responsables en particulier du fondement essentiel de l'hébéphrénocatatonie, pour lesquels ces auteurs ont proposé le néologisme d'« alhymhornie ». Mais si, depuis fort longtemps, les troubles de la vie instinctive émotionnelle et affective ont été tenus pour fondamentaux dans le déterminisme de l'hébéphrénocatatonie, on est loin d'avoir démontré que la cause de ceux-ci réside dans une altération primitive et prédominante dans le méso-diencephale. L'hypothèse proposée par Dide et Guiraud recèle peut-être quelque valeur heuristique, mais elle demeure encore une hypothèse.

Il en va de même pour ce qui est du délire aigu que M. Guiraud considère comme ressortissant dans sa pathogénie au diencéphale. En vérité, les altérations cérébrales du délire aigu apparaissent trop diffuses pour qu'il soit légitime de rapporter à l'hypothalamus l'origine des perturbations de l'esprit qui marquent cette maladie. Encore une fois, rien ne saurait être plus éloigné de notre pensée que de nier l'existence de perturbations profondes de la sphère organo-végétative au cours des psychopathies organiques ou fonctionnelles les plus diverses, depuis la paralysie générale jusqu'à la manie-mélancolie en passant par la

schizophrénie, mais le problème que nous avons envisagé et qui est très précis exige la démonstration des rapports de dépendance qui relient telle adullération hypothalamique avec tel désordre psychologique. Et c'est à cette tâche que, depuis 1918, nous avons consacré une partie de nos travaux, en apportant avec mes collaborateurs une série d'observations qui mettent, croyons-nous, en pleine lumière cette donnée anatomo-clinique : savoir que les désorganisations morbides qui portent sur l'appareil organo-végétatif mésodiencephalique sont susceptibles de déterminer des modifications singulières du comportement psychique, dont certain type d'hallucinations ou d'hallucinose et la confusion mentale amnésique et fabulante peuvent être tenus pour les plus expressifs. Ce qui n'exclut point, répétons-le, les perturbations possibles de la personnalité et de l'humeur.

M. Guiraud fait grand état des observations de Gogel-Foerster, lesquelles font voir qu'un état maniaque peut survenir à la suite ou au cours des interventions qui portent sur la région mésodiencephalique. Certes, les faits de ce genre sont du plus haut enseignement, mais je ferai remarquer que les interventions chirurgicales que nécessite l'ablation des tumeurs siégeant dans l'espace opto-pédunculaire ne sont pas simples et qu'il est quelque peu aventureux de prétendre que les seuls centres infundibulo-tubériens ont été intéressés par des manœuvres qui ont exigé le réclinement du lobe frontal, la compression, l'étirement des pédicules fronto-thalamique et fronto-sous-thalamique. Dans un fait inédit que nous publierons avec David, Ajuriaguerra et Hécaen, l'extirpation d'une néoplasie supra-sellaire a entraîné également la survenue d'une confusion de pur type korsakowien.

De plus, Foerster et Gogel ont en vue uniquement le résultat de la *stimulation*, de l'excitation de l'hypothalamus lorsqu'ils envisagent la manie ; et ces auteurs spécifient bien que les altérations morbides localisées au mésodiencephale ont une tout autre conséquence. Dans un cas le malade était atteint de syndrome de Korsakow typique, à tel point que l'on avait pensé à rapporter cette psychose à l'alcoolisme ; après une évolution de trois ans, des signes de tumeur cérébrale apparurent, l'opération permit de déceler la présence d'un kyste dont la base s'insérait sur le plancher du 3^e ventricule. Après l'exérèse, le syndrome de Korsakow disparut complètement. Dans trois autres observations l'on voit que si l'excitation directe de l'hypothalamus a provoqué une excitation psychique maniaque ou « *maniacoïde* » (Alpers), après l'intervention ces sujets ont été atteints de psychose de

Korsakow, c'est-à-dire de confusion amnésique et fabulante avec exaacerbation vespérale. Les observations de Föerster et Gogel s'accordent donc exactement avec les faits que nous avons rapportés.

Qu'une altération morphologique de l'hypothalamus soit susceptible de conduire à l'excitation maniaque, ou mieux « mania-coïde » (Alpers), nous n'y avons jamais contredit, mais il est également certain que l'état maniaque non seulement ne représente point le trait le plus personnel des syndromes psychiques liés aux désorganisations hypothalamiques créées par la maladie, mais que la manie est incomparablement plus exceptionnelle que la confusion amnésique et fabulante. Avec mon collaborateur J. de Ajuriaguerra, nous rapporterons prochainement l'ensemble des faits que nous a permis de découvrir le dépouillement de la littérature sur ce sujet, et nous ferons voir que les quatre observations personnelles que j'ai rappelées de syndrome korsakowien consécutif à une lésion hypothalamique strictement localisée restent bien dans la ligne des constatations qui ont été faites, tant en France qu'à l'étranger.

Ainsi que je l'ai expressément indiqué dès mes premières recherches, la constatation d'un trouble de la conscience tel qu'on l'observe à peu près dans les états crépusculaires et d'obscurcissement, alliés à la libération d'images surtout visuelles, ne peut être une coïncidence si l'on se souvient qu'une des pièces maîtresses du dispositif régulateur du sommeil et de la veille se trouve précisément dans la région hypothalamique médiane et que, d'autre part, les altérations brutales de cette zone ont pour conséquence un abaissement du niveau de la conscience et même parfois une évanescence de celle-ci.

M. Guiraud aborde, lui aussi, les relations de « l'activité diencéphalique » avec ce qu'on appelle, dit-il, la conscience ; nous aurions préféré que notre contradicteur spécifiât s'il entendait tout le diencéphale ou s'il consentait à se placer sur notre plan, c'est-à-dire sur celui du diencéphale ou de l'hypothalamus médians.

Selon M. Guiraud, il conviendrait de nous libérer de la conception, que se font tous les psychologues, de la conscience et admettre un sentiment d'être, la sensation d'avoir un corps, enfin une conscience réfléchie. Mais n'y a-t-il pas un lien étroit qui relie ce sentiment, cette sensation et cette conscience réflexive ? Assurément. Le sentiment d'être, la conscience de soi, de même que la conscience de notre corporalité sont toutes deux

une connaissance et ne pouvaient exister que grâce au contraste et à un processus qui évoque la sensibilité différentielle. Avoir l'idée, le sentiment d'être, n'est-ce pas avoir par prétériton le sentiment du non-être. Certes, nous le savons, il y a dans les états de conscience toutes les étapes de la dégradation et déjà Maine de Biran l'avait compris et enseigné.

Mais revenons à notre objet ; de toute évidence, pour que la conscience d'être se réalise, il est nécessaire que fonctionnent synergiquement les centres végétatifs. Mais ceux-ci ne s'étendent-ils point depuis le rhombencéphale jusqu'au télencéphale ? Je veux dire, jusqu'au sein des circonvolutions cérébrales qui, elles aussi, contiennent, on l'oublie trop, de fort importants dispositifs végétatifs. Et y a-t-il dispositif plus sensible sur ce point que celui qui est encloué dans le bulbe rachidien ?

Une des thèses chères à M. Guiraud tient dans cette supposition que le sentiment d'être se construit, se développe, donne prise à la conscience au sein même du diencéphale ; en sorte qu'un sujet qui serait réduit au diencéphale serait « désintellectualisé » mais « aurait conservé le sentiment d'être avec ses nuances de faim, de soif, d'irritation, d'anxiété ». Cette hypothèse toute gratuite et indémontrable qui s'oppose, d'ailleurs, aux connaissances que nous avons sur les décrébrations, ne pourrait être l'objet que d'une discussion stérile et, comme l'écrivait récemment M. Paul Guillaume : « Au point de vue psychologique une hypothèse qui ne suggère aucune vérification ne peut conduire à un accroissement de nos connaissances positives. »

Ce qui me sépare radicalement aussi de M. Guiraud c'est la conception générale qu'il semble se faire des localisations cérébrales. A l'entendre, dans un segment de l'encéphale pourrait se localiser telle ou telle fonction : le sentiment d'être, par exemple, dans le diencéphale. A ceci nous répondrons, une fois de plus avec Head, Sherrington, Von Monakow, K. Goldstein, que si l'on peut localiser une lésion, il est impossible de localiser une fonction, que si la destruction ou l'altération de tel ou tel segment encéphalique entraîne tel ou tel désordre, l'on n'en peut pas conclure que c'est dans la profondeur de cette portion du parenchyme que s'élabore la fonction compromise. Les manifestations psychiques auxquelles donnent lieu les bouleversements morphologiques localisés à l'hypothalamus et qui s'affirment, pour la plupart, par une modification profonde de la conscience, la confusion de l'esprit accompagnée d'amnésie, et brochant sur

le tout, la libération d'une imagination délivrée de tout frein associée au déchainement de phantasmes hallucinatoires, sont le témoignage d'une perturbation qui, ne se limitant pas aux centres végétatifs, retentit sur l'encéphale tout entier.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — En écoutant la communication de M. Lhermitte j'avais quelque remords d'avoir fait la mienne puisqu'elle lui a imposé la lecture de Descartes et de quelques manuels récents de philosophie. C'est justement ce qu'il ne faut pas faire. Si nous cherchons à préciser ce que nous savons des rapports de l'encéphale et du psychisme, la première attitude est de se libérer des conceptions académiques traditionnelles. La psychologie véritable doit s'édifier en même temps que l'anatomo-physiologie nerveuse et grâce à elle. Beaucoup de difficultés disparaîtront qui ne tiennent qu'à des mots ou à des conceptions archaïques n'épousant pas la réalité avec assez de souplesse. La physique moderne aurait-elle pu s'élaborer si elle s'en était tenue docilement aux conceptions des philosophes sur l'espace, le temps et la matière ? C'est pourquoi je trouve un peu facile le procédé de discussion qui consiste à citer quelques phrases nébuleuses ou étranges des auteurs qui ont écrit sur le psychisme sous-cortical. Il ne s'agit pas des fantaisies de quelques rêveurs, mais d'une doctrine sérieuse soutenue par de nombreux chercheurs de tous les pays.

La partie de ma communication qui chagrine le plus M. Lhermitte est que j'aie, après beaucoup d'autres, essayé d'établir des rapports entre certaines parties du système nerveux et ce qu'il appelle « la conscience. » Je ne répète pas ma communication où j'ai délaissé l'attitude philosophique pour l'attitude biologique. L'homme n'est pas le seul être vivant animé par une force psychique. J'ai étudié non la conscience des philosophes mais le sentiment d'être avec ses nuances : être bien portant, être malade, être ayant faim, ayant soif, etc.. A moins de revenir aux idées de Malabranche on doit admettre que cet état est commun à l'homme et au moins aux animaux supérieurs. Il ne comporte aucune réflexion sur soi-même, aucune opération de haute intelligence. Mais sans doute c'est là le noyau de ce qui sera la conscience réfléchie humaine sous l'influence de l'intelligence discriminative. -

Deux points importants sont à élucider.

D'abord les tentatives qui attribuent à l'activité sous-corticale le sentiment d'être sont-elles possibles, légitimes ou constituent-elles une recherche sans base sérieuse comme par exemple l'astrologie ou le spiritisme. J'ai l'impression que ce dernier point de vue était, au moins jadis, l'opinion de M. Lhermitte. N'a-t-il pas écrit dans son rapport en 1934 : « On en est venu à la conception étrange, nous » allions dire inconcevable, d'une conscience centrale, d'un organe

« où se concentre l'activité psychique et qui serait au vrai le centre de la conscience. Eloignons-nous de cette Hirnmythologie. » ?

Je vais démontrer d'abord la légitimité des recherches de cet ordre. Toutes les philosophies admettent des rapports étroits entre l'activité psychique et l'activité cérébrale. Le seul problème métaphysique est celui des rapports de la matière en général et de l'esprit. Pour quelle étrange raison beaucoup d'auteurs se figurent-ils que seule la matière corticale peut avoir des rapports avec le psychisme ? Pourquoi un élève de M. Lhermitte écrit-il dans sa thèse : « Les fonctions psychiques dont le siège est le *privilège* du cortex » ? Je pense qu'il n'y a personne qui croie que le cerveau est un organe homogène comme le foie ou la thyroïde. Comme le disait Broca en 1861 : la véritable question est de savoir si les diverses parties du cerveau ont des fonctions différentes. Ce n'est pas la doctrine de Goldstein qui a changé le fond de la question ; qu'on parle de centres comme disaient les anciens auteurs ou qu'on admette que certaines régions cérébrales jouent un rôle de premier plan pour certaines fonctions, le reste de l'encéphale agissant, mais en arrière-plan, c'est bien la même chose, sauf la diplomatie des formules. Avons-nous le droit de soutenir une théorie d'après laquelle les régions sous-corticales jouent précisément le rôle de premier plan dans l'élaboration de la sensation d'être ? Cela peut être vrai ou faux, mais la recherche n'en a rien d'absurde ou d'impossible. Peut-être M. Lhermitte veut-il soutenir une autre théorie, à savoir que ce qu'il appelle avec les philosophes « la conscience » ne peut être que le résultat de l'activité du cerveau tout entier ou peut-être de l'écorce puisqu'elle aurait le privilège des fonctions psychiques. Alors je lui demanderai s'il croit que la conscience sera plus à l'aise dans 1.200 centimètres cubes que dans 200. Si la conscience ou le sentiment d'être est le résultat du fonctionnement global ou la fonction d'une partie du cerveau c'est un fait à débattre et non une notion *a priori*.

Reste le deuxième point sur lequel je serai moins intransigeant. Avons-nous un faisceau suffisant de faits précis pour attribuer au diencephale ou mieux aux noyaux végétatifs qui s'étagent du bulbe au tronc des fonctions psychiques telles que le sentiment d'être et quel rôle pouvons-nous leur faire jouer dans les psychoses instinctivo-affectives ? J'ai résumé ces données dans la conférence que j'ai faite en 1942 à la clinique du Professeur Delay. Les auteurs qui ont le plus attiré l'attention sur les états maniaques dans les tumeurs du 3^e ventricule et au cours des opérations sont non pas des rêveurs, mais des neuro-chirurgiens très positifs. A côté de Förster, je cite Pötzl, Fulton et Bailey, Penfield et tant d'autres. Gagel écrit : « Ces faits sont si nombreux que je renonce à citer toutes les observations ». Je vous donne lecture littérale des observations de Förster... Vous voyez qu'il ne s'agit nullement de confusion ou de syndrome de Korsakoff, mais d'états maniaques typiques qui ne se produisent qu'au moment de la

manipulation du tuber. Pour le délire aigu, il y a des lésions partout, c'est exact ; mais elles prédominent dans le tuber et dans le bulbe et les symptômes spécifiques du délire aigu sont des symptômes végétatifs tubériens. Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique sont très spéciaux et ressemblent beaucoup à ceux de la démence précoce ; or les lésions sont manifestement prédominantes dans le mésocéphale et le diencéphale.

Je ne puis m'étendre davantage ici sur ces points de détail, mais je crois qu'il est impossible de contester que la théorie qui fait jouer aux régions sous-corticales un rôle capital dans le psychisme est une théorie qui tend à être admise par la majorité des neuropsychiatres et qu'elle ne doit pas être traitée avec dédain.

M. Jean DELAY. — De nombreux faits pathologiques et expérimentaux, dus en particulier aux neuro-chirurgiens, témoignent du rôle important du diencéphale dans la vie psychique. Il nous a paru qu'on pouvait les stigmatiser sous deux chefs, la régulation *thymique* et la régulation *noétique*.

1° *Régulation thymique* : Un facteur diencéphalique peut être incriminé à l'origine de certaines hyperthymies et de certaines hypothymies. Parmi les premières, l'hyperthymie expansive euphorique du maniaque, l'hyperthymie anxieuse du mélancolique. Parmi les autres, l'hypothymie des liébéphrènes-catatoniques, décrite par Dide et Guiraud sous le nom d'athymhormie des déments précoces.

Il n'est pas possible d'envisager ici le détail de ces faits. On en trouvera une synthèse partielle dans notre communication à la Société médico-psychologique sur Manie et Diencéphale et nous avons par ailleurs rapporté récemment à la Société de Neurologie des observations d'anxiété hypothalamique et de démence précoce post-encéphalitique.

C'est surtout dans la régulation holothymique, c'est-à-dire dans celle du tonus instinctivo-affectif de base que le diencéphale paraît jouer un rôle important. On sait d'ailleurs l'importance du complexe hypophyso-diencéphalique dans la régulation des grands instincts vitaux, l'aim, soif, besoin gènesique.

2° *Régulation noétique* : On a donné d'innombrables définitions de la conscience, mais du point de vue qui nous occupe le terme de conscience peut être pris comme synonyme de vigilance. Être conscient c'est être éveillé, être inconscient c'est être endormi. Entre ces deux états extrêmes, l'état vigile et l'état hypnique, il y a toute une série de transitions qu'objective l'étude électro-encéphalographique et qui répondent aux états hypnoïdes ou crépusculaires dont l'état confuso-onirique n'est qu'un cas particulier.

Or le rôle du diencéphale dans la fonction hypnique est incontestable. Physiologistes et neuro-chirurgiens s'accordent sur ce point avec les cliniciens. Entre les sommeil et les comas il n'y a pas de

différence de nature mais de degré, les beaux travaux de l'école de Clovis-Vincent en témoignent. Nous pensons de même qu'il n'y a qu'une différence de degré entre les états hypniques et les états hypnoïdes.

Les rapports du diencéphale avec certaines psychoses de Korsakoff que souligne M. Lhermitte, ou avec certains délires aigus que souligne M. Guiraud, ne représentent que des cas particuliers des rapports du diencéphale avec la pathologie confuso-onirique, à savoir son rôle dans la régulation noétique.

3^e *Restrictions* : Mais le diencéphale ne représente qu'un des éléments de la régulation thymique et de la régulation noétique.

Les perturbations *noétiques* que peut déclencher le diencéphale, dans lequel Cerletti place le « commutateur » de la conscience, ne s'exercent que par l'intermédiaire du cortex, l'électro-encéphalographie en témoigne qui montre un ralentissement de toutes les ondes corticales dans le sommeil sous l'influence de l'action diencéphalique. L'état hypnique n'est qu'une inhibition corticale d'origine diencéphalique, il est certain que d'autres altérations ou inhibitions corticales indépendantes de tout facteur diencéphalique donneront la même symptomatologie.

Le problème nous paraît à l'heure actuelle consister moins dans une opposition schématique de la psychiatrie corticale et de la psychiatrie basilaire que dans l'étude des *interactions* cortico-basilaires et spécialement dans celles des *interactions diencéphalo-frontales*.

M. X. ABÉLY. — Je voudrais simplement faire quelques remarques cliniques sur les symptômes psychiques observés dans les lésions du 3^e ventricule. Si le syndrome de Korsakoff en fait partie, il n'est ni typique ni exclusif. Telle est certainement l'opinion de M. Lhermitte. J'ai récemment examiné un syndrome de ce genre que la vérification anatomique a permis de relier à une tumeur du lobe frontal. Le syndrome de Korsakoff n'est probablement qu'une forme atténuée de cette confusion mentale si commune dans les lésions et notamment les tumeurs cérébrales en général. Par ailleurs, l'excitation psychique euphorique est un syndrome des altérations du 3^e ventricule et de son voisinage, difficilement contestable à l'heure actuelle. Mais il existe encore, dans une tonalité affective opposée, un symptôme important et fréquent des lésions de cette même région, que M. Lhermitte ne cite pas, mais qu'il n'exclut certainement pas. Je veux parler de l'agitation anxieuse. Quelques auteurs et en particulier Georges Petit ont insisté sur ce fait. Cette constatation est intéressante. L'anxiété en effet, cette souffrance cénesthésique, cette sensation de mort prochaine n'est que le rellet d'une perturbation douloureuse de ce sentiment d'existence dans lequel M. Guiraud voit la forme primitive et essentielle de la conscience.

Etude pharmacodynamique de l'action neuro-végétative de l'électro-choc, par MM. Jean DELAY, André SOULAIRAC et G. BOITTELLE.

L'action neuro-végétative provoquée par l'électro-choc consiste en une réaction globale présentant tous les caractères de l'excitation sympathique : mydriase, sialorrhée, horripilation, hypertension artérielle et hyperglycémie, réaction que nous avons décrite précédemment sous le terme de « syndrome sympathique de l'électro-choc » (1). Nous avons essayé d'analyser en détail le mécanisme de cette réaction sympathique et pour cette étude nous nous sommes adressés aux divers agents pharmacodynamiques à action élective sur le système neuro-végétatif. Nous nous sommes servis comme critère des variations de la glycémie, de la tension artérielle et du réflexe oculo-cardiaque.

Nous avons suivi la technique générale suivante : étude de l'action de la drogue sur le malade à jeun, subissant un électro-choc, avec analyse des réactions pendant la phase de latence, le stertor, 1 heure et 2 heures après la crise, puis les mêmes recherches sont effectuées deux jours plus tard sur le même sujet, ne subissant aucun traitement.

1° *Action de l'adrénaline* (sympathicomimétique) : On administre 1 cc. d'adrénaline à 1/1.000 par voie intra-musculaire une heure avant le choc. Voici quelques-uns des résultats obtenus :

	<i>glycémie</i>	<i>T.A.</i>	<i>R.O.C.</i>
Bu... avant l'épreuve	0,92	16-8	68-66
1/2 h. après adrénaline	1,18	17-8	74-74
phase de début de choc ...	1,14	—	76-76
stertor	1,32	20-10	88-92
1 h. après le choc	1,22	17-8	72-72
Ras... avant l'épreuve	1,05	14-8	76-76
1/2 h. après adrénaline	1,22	17-9	82-82
début du choc	1,18	—	82-80
stertor	1,40	22-11	112-112
1 h. après le choc	1,30	19-9	78-76

(1) J. DELAY et A. SOULAIRAC. — Le syndrome sympathique de l'électro-choc. *C. R. Soc. Biol.*, 26 juin 1943.

	glycémie	T.A.	R.O.C.
Gui... avant l'épreuve	0,98	12-7	58-52
1/2 h. après adrénaline	1,10	17-8	66-64
début du choc	1,94	—	66-66
stertor	1,26	22-10	78-76
1 h. après le choc	1,16	18-9	66-60

Ces résultats montrent les faits suivants :

a) La glycémie, normalement augmentée par l'adrénaline, subit une légère chute pendant la phase de début, puis une augmentation très importante pendant le stertor. Une heure après, on note une diminution appréciable, sans toutefois obtenir le retour au taux initial. Cette hyperglycémie est nettement supérieure à celle obtenue soit par l'adrénaline, soit par l'électro-choc seuls.

b) La tension artérielle, déjà augmentée par l'adrénaline, montre une très forte ascension pendant la crise, portant essentiellement sur la pression systolique et on constate un début de chute une heure après.

c) Le réflexe oculo-cardiaque est surtout modifié pendant la phase stertoreuse où l'on observe une tendance à l'inversion.

2° *Action du tartrate d'ergotamine* (sympathicolitique) : Il est injecté par voie intra-musculaire 1/2 milligramme une heure avant le choc. La glycémie donne les résultats suivants :

	avant-choc	latence	stertor	1. h. après	2 h. après
choc normal ...	0,82	0,76	0,93	0,78	0,80
choc avec ergotamine	0,82	0,74	0,84	0,78	0,78
choc normal ...	1	0,92	1,20	0,96	1
choc avec ergotamine	0,96	0,90	1,10	0,92	0,98
choc normal ...	0,98	0,90	1,20	0,94	0,96
choc avec ergotamine	0,95	0,86	0,96	0,92	0,91

L'effet principal consiste dans une diminution très importante (parfois même — mais rarement — une disparition) de l'hyperglycémie post-convulsive, qui accompagne constamment l'électro-choc.

3° *Action des parasymphicomimétiques* : Nous avons utilisé le nitrate de pilocarpine (0 gr. 01 hypodermique 10 minutes

avant le choc), l'acétylcholine (0 gr. 20 intramusculaire une heure avant le choc) et le salicylate d'ésérine (1/2 mgr. intraveineux 1/4 d'heure avant le choc).

Nous avons constaté que l'excitation expérimentale du parasymphatique agit sur les trois éléments que nous avons étudiés.

a) L'hyperglycémie post-critique subsiste mais se trouve diminuée.

b) On observe une diminution de l'hypertension artérielle.

c) Malgré le choc, le réflexe oculo-cardiaque devient positif et parfois même il se trouve légèrement augmenté.

Enfin, nous devons signaler que nous avons également observé à la suite de l'administration de la pilocarpine une diminution légère de la période apnéique de la crise.

4° *Action de l'atropine (parasymphaticolytique)* : Nous avons étudié chez nos malades les variations que pouvait amener l'électro-choc dans les résultats de l'épreuve de Danielopolu. Nous avons poursuivi cette étude en trois étapes successives :

a) *Epreuve de Danielopolu, avant et après électro-choc (stertor)* :

	tonus relatif	tonus absolu Σ	tonus absolu X	atropine en mgr.
avant choc	62	128	66	2
après choc	90	142	52	1,5
avant choc	56	144	88	2,25
après choc	98	152	54	1,75
avant choc	54	132	78	2,25
après choc	92	138	46	1,50

On constate tout d'abord que la quantité d'atropine nécessaire pour paralyser le X est moindre après le choc qu'avant. D'autre part, après l'électro-choc, le tonus absolu du X diminue tandis qu'augmente le tonus absolu du sympathique. Le tonus relatif est constamment augmenté après le choc.

b) *Paralysie du X avant le choc* : Nous avons paralysé le X par l'atropine avant l'électro-choc puis nous avons suivi les variations du tonus absolu du sympathique aux diverses phases de la crise. Dans ces conditions expérimentales, on constate que le tonus absolu sympathique augmente progressivement au cours de la crise pour atteindre son maximum à la phase stertoreuse, puis redescend progressivement à sa valeur normale.

c) *Epreuve de Danielopolu avant et une heure après l'électro-choc :*

	tonus relatif	tonus absolu Σ	tonus absolu X	atropine en mmgr.
avant choc	92	144	52	1,50
1 h. après choc	98	162	64	2
avant choc	56	144	88	2,25
1 h. après choc	56	150	94	2,50

Dans ces expériences, nous constatons une augmentation de la quantité d'atropine nécessaire pour paralyser le X. Enfin, si le tonus relatif varie peu, le tonus absolu du X augmente, tandis que le tonus sympathique diminue.

Commentaires. — Ces résultats que nous avons rapportés de façon succincte et qui, ultérieurement, seront exposés en détail dans la thèse de l'un de nous, semblent bien mettre en évidence les variations neuro-végétatives qui surviennent au cours de la crise par l'électro-choc. En effet, grâce à l'inhibition médicamenteuse soit du X, soit du sympathique, nous constatons que le choc produit des effets témoignant de l'excitation simultanée des deux systèmes. D'après nos résultats expérimentaux on peut ainsi schématiser l'ensemble des phénomènes neuro-végétatifs : dans une première période (phase de latence), l'excitation vagale prédomine et explique la chute légère de la tension artérielle et la diminution transitoire de la glycémie. Pendant la phase critique, comprenant toute la période convulsive et stertoreuse, c'est l'excitation sympathique qui domine le tableau. Mais l'expérimentation révèle que les effets observés ne sont en réalité que la résultante de la différence entre l'excitation sympathique dominante et l'excitation vagale sous-jacente.

Dans une troisième phase, qui survient environ une heure après la crise, s'établit une nouvelle période de prédominance vagale.

En résumé, les manifestations sont vagues, soit sympathiques, que l'on peut constater tout le long de la crise par l'électro-choc sont constamment la résultante de l'excitation simultanée des deux systèmes.

Ces résultats sont intéressants par le fait qu'ils expliquent, au moins en partie, le mécanisme des diverses réactions physiologiques et biologiques observées au cours de l'électro-choc. Ils témoignent également de la production par le choc d'une exci-

tation de tout l'ensemble du système végétatif, dont l'origine est vraisemblablement à rechercher dans l'excitation primitive des centres végétatifs de la région hypothalamo-hypophysaire.

L'assistante sociale psychiatrique (II), son rôle hospitalier,
par MM. H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU (Première partie : Rôle hospitalier propre. Technique du travail).

Dans la séance du 29 mars dernier, l'un de nous, avec MM. Demay et R.-H. Hazemann, vous présentait une note sur le rôle très général de l'assistante (médico-)sociale, dégagé de l'étude génétique du service social. Présentement, nous voulons étudier le rôle d'assistante sociale spécialisée pour la psychiatrie (assistante sociale psychiatrique) en nous limitant à son domaine proprement hospitalier.

Il ne nous paraît pas inutile, au préalable, de synthétiser les éléments précédemment exposés en énonçant une définition de l'assistante sociale que nous empruntons textuellement, avec une partie de ses commentaires, au R.P. Michel Riquet (Genève et définitions du service social, Dumoulin, 1941) :

« ...Si le service social est multiforme et se refuse à toute définition précise, il est par contre relativement facile de définir l'assistante sociale et sa tâche.

C'est une technicienne qui, façonnée au contact et au service de l'homme souffrant (hôpital et dispensaire), instruite de toutes les ressources de la législation et des institutions familiales et sociales, avertie des exigences et des méthodes de l'hygiène sociale et de l'économie ménagère, a pour tâche essentielle :

1° d'adapter, d'ajuster aux cas individuels l'application des lois sociales et familiales d'assistance, de prévoyance et de protection sanitaire, en informant les services et agents administratifs des données qui individualisent chaque cas humain ;

2° d'amener l'individu et la famille, en état de crise ou de besoin, à découvrir en eux-mêmes et dans la communauté humaine les multiples ressources dont la mise en œuvre assurera leur rétablissement, puis leur plein et harmonieux épanouissement, physique, intellectuel et moral.

Si cette définition est un peu longue, du moins nous la croyons claire et suffisamment précise pour qu'on ne risque pas de confondre l'assistante sociale soit avec l'infirmière soignante,

soit avec une professionnelle de l'éducation, soit avec les divers agents qui distribuent les secours et les prestations des œuvres de bienfaisance, de l'assistance publique ou du secours national...

Transposant dans le domaine psychiatrique, nous proposons cette définition : « Le rôle de l'assistante sociale psychiatrique consiste en un effort d'adoption du psychopathe et de son milieu, après avoir déterminé leurs rapports réciproques » :

a) préparation et réalisation de la *séparation* devenue nécessaire (hospitalisation) ;

b) suppléance des *relations* avec le milieu et maintien du contact pendant la séparation (séjour hospitalier) ;

c) préparation et réalisation de la *reprise* des *relations* (sortie) ;

d) maintien et surveillance de la *réadaptation* (après sortie)... chaque étape s'accompagnant de toutes *informations* utiles.

Ainsi, l'activité de l'assistante sociale psychiatrique apparaît comme s'exerçant essentiellement au dehors, mais il n'en reste pas moins qu'on doive lui considérer, selon son « port d'attache », un rôle hospitalier — celui que nous abordons aujourd'hui — et un rôle extra-hospitalier, concernant surtout l'activité auprès du dispensaire et qui sera étudié plus tard.

Pour « l'assistance » du médecin des hôpitaux psychiatriques dans son service, nous considérerons donc successivement : le rôle hospitalier de l'assistante sociale psychiatrique en général, la technique générale de son travail, la traduction de ce rôle dans le règlement intérieur, la formation professionnelle spéciale.

I. RÔLE HOSPITALIER

Deux rubriques nous paraissent à distinguer : .

A. *Un rôle hospitalier qu'on peut appeler « général »*, et dont nous proposerons uniquement les termes, qui se comprennent d'eux-mêmes, en les classant dans l'ordre chronologique de l'activité :

1° *Avant l'internement*. — Il s'agirait ici de l'intervention concernant des malades vus à la consultation psychiatrique d'un dispensaire, ou d'enquête avant un placement d'office. Ce rôle fera l'objet d'une étude détaillée ultérieure : rôle de l'assistante sociale psychiatrique au dispensaire.

2° *Aussitôt après l'internement*. — Enquête sur le milieu dans lequel s'est développée la psychose. Enquête sur les réactions anormales et sur la maladie : auprès de la famille (interroga-

toires séparés), dans le milieu professionnel, avec extension, sous toute réserve de prudence, de recoupements et de critiques de bon sens, au voisinage, aux amitiés, aux relations du malade ; auprès des *dispensaires* et hôpitaux où le malade a pu être examiné. Consultation du dossier à la Préfecture. Parfois enquêtes près des Tribunaux ; protection éventuelle de la famille du malade (chef de famille, liaisons avec le S.S. du secteur...) ; placement des enfants, de parents infirmes ou malades, assistance et secours, récupération d'allocation due... ; protection des intérêts matériels du malade : intervention auprès des employeurs et administrations (conserver la place, récupérer les allocations dues : assurances sociales...) ; protection des biens, des intérêts en cours, instances non terminées (victimes) ; affaires pendantes. Collaboration éventuelle avec le service de l'Administration provisoire (non sans difficultés, déjà signalées, et qui mériteront une étude spéciale et approfondie). Extorsion de fonds. Prêts peut-être « pathologiques ». Donations anormales (auto-dépréciateurs, mystiques). Pillages chez les isolés sociaux...

3° *Pendant l'internement*. — Même activité qu'au moment de l'internement. De plus :

Relation entre le malade et sa famille ou ses amis (correspondance au bénéfice du malade, intermédiaires, œuvres spéciales, Croix-Rouge)...

Informations données au malade.

Visites et secours divers aux malades « isolés ».

Contacts éventuels, compte tenu des directives du médecin avec les familles au jour de leurs « visites » à l'établissement.

Protection d'intérêts nouveaux survenant en cours d'internement ; litiges (collaboration avec le service de l'administration provisoire : mêmes remarques que précédemment).

4° *Pendant les sorties d'essai*. — Surveillance médicale et sociale.

5° *A la veille de la sortie définitive*. — Enquête sur les conditions éventuelles de sortie, sur le milieu familial et les « fréquentations », les amitiés dont le concours s'est offert, les possibilités de travail. Recherche du travail approprié : bureaux de placement, secours, placement dans des établissements de convalescence ou dans des œuvres d'assistance, relation avec les œuvres diverses (sociétés de Patronage)...

Règlement de litiges familiaux ou d'intérêts divers.

Règlement du traitement à poursuivre (consultations, *dispensaires*).

Préparation du voyage quand le malade se retire chez des parents ou amis éloignés, ou est placé à la campagne.

Placement d'enfants ou de vieillards dont la place n'est plus à l'établissement d'aliénés.

6° *Après la sortie.* — Surveillance sociale.

Surveillance médicale (notamment pour les toxicomanes, les alcooliques, les intermittents, les malades ayant présenté des réactions anti-sociales).

Assistance sociale (Société de Patronage).

Assistance médicale.

Réadaptation sociale et professionnelle.

B. *Un rôle spécialisé*, dans un but de documentation systématique, et qui devrait aboutir tant à éclairer les recherches cliniques qu'à favoriser au besoin les pratiques psychothérapiques. Nous croyons savoir que certaines de ces recherches ont déjà été tentées ici ou là, et nous voudrions aujourd'hui moins en faire la difficile énumération que de provoquer l'expression des idées à ce sujet. Limitons-nous à indiquer, par exemple : « données généalogiques possibles, recherche des premières réactions morbides vis-à-vis du milieu... », appréciation, sans doute difficile, de la vie intime des « isolés »..., recherches particulières, comme celles concernant les « accidents » invoqués, quant au rôle étiologique possible, à l'incidence des troubles mentaux sur leur production, à leurs conséquences juridiques et matérielles, etc... (études statistiques... découvertes sociales : v. M. Rieheimond).

II. TECHNIQUE GÉNÉRALE DU TRAVAIL DE L'ASSISTANTE SOCIALE PSYCHIATRIQUE

Nous considérons comme insuffisant le système utilisé dans certains services et qui consiste, pour une mission déterminée, en l'emploi d'une fiche de modèle réduit, qui comporte : en trois ou quatre lignes le but de la mission, la désignation par l'assistante-chef, de l'assistante sociale chargée de cette mission, enfin, un compte rendu qui doit tenir en quelques lignes. En effet, en raison du caractère très particulier des services chargés du traitement des psychopathes, l'assistante sociale psychiatrique ne doit intervenir que sur prescription médicale, le médecin fournissant *tui-même* à l'assistante les informations et les directives précises, et mettant en rapport, en sa présence, l'assistante sociale psychiatrique et le malade. Ainsi envisageons-nous :

a) *Le point de départ de la mission.* Par une technique différente de celle qui convient dans le domaine hospitalier ordinaire, les indications — nous y insistons — doivent être données à l'assistante sociale psychiatrique par le médecin lui-même, *oralement*, et au cours d'un examen du malade au cabinet médical.

Ainsi seulement pourront être dégagées les particularités du cas présent, et précisées les indications de la mission à remplir, voire les précautions spéciales à prendre, les mesures de prudence oratoire, etc. L'assistante, de cette façon, peut solliciter, sans retard, les divers éclaircissements. On pourrait, au cas d'intérêts matériels, mieux dégager ceux qui concernent le malade lui-même, et avoir à les dissocier parfois de ceux de sa famille.

b) *Les résultats de la mission.* Ils devraient faire l'objet d'une note rédigée avec soin, servant de base à leur compte rendu *oral*, qui nous paraît essentiel, parce que moins sec et plus vivant qu'une simple note écrite, et parce que permettant des questions et des commentaires. La notation à l'observation médicale peut ainsi être immédiate et le compte rendu écrit prendre sa véritable place. Un cahier spécial peut également être prévu.

Ce premier temps n'exclut, bien entendu, ni la tenue de *fiches* individuelles, à la garde de l'assistante qui les a rédigées, ni l'organisation d'un *fichier* central.

La *fiche* individuelle, faisant partie intégrante du service médical au même titre que « l'observation », et dont un modèle uniforme faciliterait les travaux statistiques à venir, pourrait être, soit annexée à l'observation (voir à ce sujet la « mise sous clef » prescrite par l'article 79 du Règlement modèle de 1938), soit mieux, placée en un fichier spécial, soit dans le bureau du médecin, soit, s'il y a lieu, dans celui de l'assistante.

Quant au *fichier central*, il n'est pas, semble-t-il, inutile d'en préciser le rôle. Aussi bien n'avons-nous à cet égard qu'à nous en référer aux textes.

La circulaire ministérielle n° 51 du 9 mai 1941 avait précisé :

« L'instrument essentiel du *service central* sera un fichier. Il n'est pas question que ce fichier comporte des renseignements détaillés sur chacune des familles visitées ; il suffit que ce soit un *fichier de référence*, qui conserve la liste des familles visitées avec l'indication de l'assistante sociale qui les visite. »

Il s'agissait d'instructions concernant le service social envi-

sagé dans son ensemble, d'une façon très générale. La circulaire ministérielle du 30 janvier 1942, sur l'organisation et la coordination des services sociaux, formula à son tour un paragraphe de « Remarques concernant le fichier central », ainsi rédigé :

« La constitution, au secrétariat d' départemental, d'un fichier central, est indispensable pour permettre à l'assistante chef d'assurer, en toute connaissance de cause, sa tâche de coordination et de direction.

Il ne doit s'agir que d'un *fichier de référence* et non d'un *dossier social complet* ; il suffira en effet, que l'assistante-chef puisse savoir, à l'aide de ce fichier, que telle famille est suivie par un service social et connaître l'assistante sociale qui a en sa possession la fiche complète... »

Nous pensons, pour notre part, que ces fiches centrales à caractère uniquement « administratif et social » pourraient utilement mentionner des éléments tels que : besoins familiaux, logement, travail, application des lois sociales, liaisons avec les organismes qualifiés... à l'exclusion de renseignements d'ordre médical garantis par le secret.

On pourrait même poser en principe que la fiche ne mentionne pas le caractère « spécial » de l'hospitalisation.

Par ailleurs, le *fichier de chaque service médical* pourrait se doubler d'un *répertoire* permettant de classer les enquêtes d'après les divers problèmes initiaux. Ainsi qu'il est prévu, par exemple pour les services médicaux du travail, les travaux purement statistiques — sans indications personnelles — devraient être communiqués au bureau du fichier central.

e) *Liaisons indispensables*. Dispensaires... Service social des assistantes familiales... Patronages... Service des assurances sociales...

DISCUSSION

M. HAZEMANN. — Alors que les bons dispensaires antituberculeux prennent en charge environ une personne sur cent habitants, certains auteurs considèrent que 1/300 des adultes et 1/20 des enfants seraient justiciables de soins médicaux ou médico-sociaux de neuro-psychiatrie. Or, il y a dix ans, j'ai évalué que les dépenses d'hospitalisation, aussi bien pour les tuberculeux que pour les mentaux, étaient de l'ordre de grandeur du milliard. *Les frais des services d'assistance sociale se montaient de 5 à 10 0 0 des dépenses d'hospitalisation des tuberculeux et étaient pratiquement inexistantes pour les psychopathes*. Ceci montre bien l'effort qu'il reste à accomplir dans notre pays pour le

doter d'assistantes sociales d'hôpitaux psychiatriques et de dispensaires de prophylaxie mentale (sous direction médicale) pouvant rendre les services du même ordre que ceux si justement appréciés dans la lutte contre la tuberculose.

Traumatisme crânien ; méningite séreuse avec collapsus ventriculaire ; améliorations transitoires de l'état confusionnel après insufflations ventriculaires ; syndrome paranoïde résiduel, par MM René BESSIÈRE et Pierre SCHERRER.

OBSERVATION. — Le 14 août 1938, P... Georges, 48 ans, conducteur de train à la S.N.C.F., est projeté contre la paroi du wagon des bagages. Il ressent une vive douleur à la tête et présente un éblouissement. Il continue néanmoins à assurer son service pendant plusieurs heures, mais la céphalée augmente et le lendemain 15 août il doit être hospitalisé à la Pitié, dans le service du professeur Clovis Vincent.

Dans les jours qui suivent s'installe un état de torpeur intellectuelle de plus en plus marqué avec perte de la mémoire des faits récents et céphalées persistantes. Examen neurologique négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 26 août 1938 on décide d'intervenir. Une ventriculographie montre d'abord des ventricules symétriques et en place. Le docteur Puech pratique ensuite une trépanation sous-temporale droite : « Grosse méningite séreuse. A l'ouverture de la dure-mère écoulement d'une grande quantité de liquide. La dure-mère qui ne battait pas se met à battre et le cerveau qui tendait à sortir s'affaisse. Ouverture des lacs arachnoïdiens, gorgés de liquide, particulièrement au niveau de la scissure de Sylvius. »

Après l'opération l'état psychique s'améliore rapidement.

Le lendemain le malade parle, répond aux questions, est bien orienté, raconte toutes les circonstances de l'accident.

Mais cette amélioration n'est que transitoire. Bientôt apparaissent des troubles mentaux aigus avec hallucinations visuelles, auditives et agitation ; on décide une réinsufflation ventriculaire qui est pratiquée le 5 décembre 1938 : « Collapsus ventriculaire bilatéral et méningite séreuse externe très abondante. » Cette intervention amène une nouvelle et rapide amélioration des troubles psychiques. Mais peu après l'agitation reparait avec des réactions violentes de défense qui provoquent l'internement.

Le 10 février, P... entre dans le service de l'un de nous à Sainte-Anne. Il présente un état confusionnel avec onirisme et anxiété. Orientation dans le temps et l'espace très imprécise. Ralentissement psychique et troubles de la mémoire de fixation et d'évocation. Il est très difficile d'obtenir des précisions sur les causes exactes et la durée de

l'hospitalisation, sur l'enchaînement des faits qui ont suivi l'accident. Cet accident lui-même est mal apprécié. Les explications varient, mais on peut distinguer trois thèmes principaux qui forment le contenu de l'état onirique. 1° *Thème de jalousie* : Sa femme tend à le délaisser car elle ne vit que pour ses enfants. Aussi a-t-elle voulu l'empoisonner pour se débarrasser de lui, et l'un de ses fils, pour soutenir sa mère, lui a fendu le crâne d'un coup de poing : voilà pourquoi il est à l'hôpital. 2° *Thème d'auto-accusation* : Pendant qu'il était à la S.N.C.F. il a dérobé quelques fromages dans les colis. On s'en est aperçu pendant qu'il était à la Pitié. Aussi les infirmiers se détournaient de lui, l'injuriaient. On savait ce qu'il avait fait, ce qu'il pensait et on chuchotait. On a voulu le faire disparaître, l'empoisonner avec de la strychnine, parce qu'il avait volé. 3° *Thème politique* : Certaines préoccupations politiques, très actuelles en 1938, se font jour. Il est dans un hôpital du « Prince de la Rocque ». Le colonel, les P.S.F. tantôt le menacent, le jugent, tantôt le défendent.

Au cours de paroxysmes oniriques, dans des scènes vécues de jugement émergent, mêlées ou confondues, les trois thèmes. « C'est le tribunal de la Rocque ; il y a la hache, le revolver. On condamne à mort tout le temps. On tue sa femme, ses fils, les infirmiers, les médecins qui l'ont mal opéré. On le tue lui-même. Les malades qui l'entourent sont des gendarmes. Ces gendarmes toujours couchés forment une « gendarmerie pas ordinaire ». Les bruits de porte qu'on ferme sont des coups de fusil. » A ces moments l'anxiété est très vive, l'agitation motrice très marquée.

Pendant les périodes d'accalmie, il dit cependant qu'on lui a fait à la Pitié une « ventriculose », mais que l'opération a été mal faite. Il se frotte la tête, se plaint de céphalée intense. « Il n'y a plus rien dans mon crâne, c'est tout desséché. »

L'examen physique ne révèle rien de notable sauf de l'amaigrissement et un certain degré de sénilisation. Examen neurologique négatif. Liquide céphalo-rachidien et sang négatifs. Perte de substance osseuse (pièce de 5 fr.) sous-temporale droite avec battements et impulsion à la toux.

Antécédents héréditaires inconnus (enfant assisté). Rien d'important dans les antécédents personnels. Homme calme, sobre, travailleur. A noter qu'un des fils a été soigné à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais pour « bouffée délirante chez un débile mental ».

La situation n'est guère modifiée quand P... est transféré, le 23 avril 1939, à l'hôpital psychiatrique de Bourg. Grâce à l'obligeance du docteur Nodet, qui nous a communiqué l'observation détaillée, nous savons qu'à partir de juillet 1939, le malade se calme, mais reste déprimé, hypocondriaque, halluciné et persécuté. Il use d'une phraseologie bizarre pour exprimer ses troubles subjectifs : « C'est la tête foudroyée. C'est le retrait. On me chauffe la tête avec des rayons électriques. On me retire ma vie. C'est un extrait. Moi je l'extrais de la

nature. C'est secret, pour bien dire. Les médecins de Paris m'ont introduit dans la bouche des morceaux de verre que l'on a retrouvés dans mon ventriculose. » Notons aussi la persistance d'une ébauche d'automatisme mental : « Mon cerveau est comme une pelote de ficelle qui se déroule sans que je puisse diriger mes pensées. Il y a des gens qui pensent tout ce que je pense. Ils voient tout ce que je veux dire. » Puis le calme s'affirme, les convulsions délirantes s'atténuent et, le 27 novembre 1939, le malade quitte l'hôpital psychiatrique de Bourg.

Le 7 mars 1943, P... entre à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre pour observation en vue de la fixation du taux d'invalidité due au traumatisme. D'après Mme P..., qui accompagne son mari, l'humeur, le caractère et le comportement du malade ont bien changé. Il est sombre, concentré, insociable, inactif. Il reste le plus souvent assis sur une chaise à « ruminer » des idées tristes (guerre, difficultés de ravitaillement). Il est devenu très irritable. Il se plaint de céphalées constantes, gravatives, avec exacerbations du type fulgurant. Il présente des vertiges avec sensation gyraloire qui vont parfois jusqu'à la chute mais sans perte de connaissance. L'insomnie est marquée. Le sommeil, entrecoupé, est peuplé de cauchemars (chutes, précipices). Les sentiments éthiques sont très diminués. Au cours d'un séjour chez son frère, il a dérobé de nombreux aliments sans être capable d'apprécier l'existence même du délit.

A l'examen, l'un de nous note : une orientation assez satisfaisante, de la lenteur dans l'évocation des souvenirs qui restent surtout imprécis pour la période d'hospitalisation à la Pitié et à Sainte-Anne ; la persistance d'hallucinations auditives en rapport avec quelques idées de persécution peu systématisées : « C'est la jalousie..., les voisins..., je reconnais leurs voix... Ils disent du mal..., d'autres du bien, » Il a conservé quelques souvenirs oniriques. Certains sont reconnus comme pathologiques. D'autres sont admis pour réels et non critiqués. Il déclare ainsi qu'il était capable de rapprocher le soleil avec ses yeux ; où qu'il se trouvât le soleil le suivait et se rapprochait de lui. Idées d'incurabilité stéréotypées, apathie, inertie, indifférence à l'entourage.

Cette observation nous a paru intéressante à vous présenter à divers titres. Il faut d'abord insister sur l'enchaînement pathogénique. Un violent traumatisme crânien fermé, sans perte de connaissance initiale, est suivi d'un état de torpeur intellectuelle profonde, et une trépanation sous-temporale fait découvrir une méningite séreuse abondante avec collapsus ventriculaire. Puis survient une longue période de confusion mentale avec onirisme et anxiété où prédominent des thèmes mélancoliques d'auto-accusation et d'hypocondrie. Enfin, on assiste à l'établissement et à la fixation d'un état mental particulier où l'on peut reconnaître d'abord les symptômes d'un syndrome post-commotion-

nel typique : céphalées, éblouissements, vertiges, ralentissement psychique ; difficulté d'évocation des souvenirs avec lacune dysmnésique de la période de confusion aiguë ; troubles du caractère et de l'humeur (irritabilité, dépression, hypocondrie), insomnie et cauchemars, mais il faut y ajouter : un apragmatisme total, des idées de persécution mal systématisées avec hallucinations auditives, l'expression schizophasique de troubles hypocondriaques et de souvenirs oniriques ; la perte de l'auto-critique et une atteinte grave de l'éthique. Il s'agit donc d'un état d'affaiblissement intellectuel du type démence paranoïde, assez semblable à ce que l'on observe chez certains paralytiques généraux malarisés. Et cet aboutissement d'un traumatisme crânien n'a pas été fréquemment signalé.

Les rapports de l'hydrodynamique cérébrale avec les troubles psychiques méritent aussi d'être soulignés. En effet, la méningite séreuse s'accompagnait de collapsus ventriculaire. A deux reprises le liquide fut évacué et les ventricules regonflés. Après chaque insufflation on assista à une régression des troubles confusionnels, immédiate et complète, mais malheureusement transitoire car l'hypotension ventriculaire a reparu. Nous pourrions rapprocher ce cas de celui que l'un de nous a publié avec Puech (1). Il s'agissait d'un mélancolique anxieux chez lequel le rétablissement de la pression intraventriculaire par injection d'air après ponction a fait disparaître à la fois l'hypotension et l'accès mélancolique.

La séance est levée à 17 heures 30.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

(1) P. PUECH, R. BESSIÈRE, R. NICOD et BRISSON. — Mélancolie anxieuse et hypotension ventriculaire ; traitement neuro-chirurgical ; guérison. (*Annales médico-psychologiques*, nos de nov. et déc. 1942).

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 2 mars 1944

Alexie pure, par MM. N. PÉRON et GOUTNER.

Présentation d'une jeune fille de 20 ans atteinte de cécité verbale pure portant sur les lettres et les chiffres, sans troubles intellectuels. L'alexie est suppléée par une compensation motrice à l'aide de mouvements des doigts. L'écriture spontanée et l'orientation sont normales, il n'y a ni aphasie, ni hémianopsie. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic étiologique ; la malade a déjà eu une crise analogue il y a 2 ans.

Astéréognosie révélatrice d'un tabes latent ; apparition ultérieure de mouvements involontaires des mains, par MM. L. MICHAUX, COURCHET et M^{lle} GRANIER.

Cas d'astéréognosie avec déficience minime des sensibilités élémentaires qui amena à consulter un sujet atteint de tabes cliniquement latent, mais biologiquement évolutif. 9 mois plus tard apparurent des mouvements athétosiformes et des clonies qui n'étaient susceptibles d'inhibition volontaire que sous le contrôle de la vue. Ce fait est en faveur de la conception qui subordonne dans le tabes les mouvements involontaires à des troubles de la sensibilité musculaire.

Sur un cas de myasthénie, par MM. F. COSTE, J. HEWITT et A. SIGARD.

Cas de myasthénie très grave chez une femme de 31 ans. La prostigmine, même à doses considérables, n'amenait qu'une amélioration très insuffisante ; l'insuline (10 à 40 unités par jour) transforma la malade qui put reprendre son métier et réduire beaucoup les doses de prostigmine. La suppression de l'insuline, motivée par des accidents hypoglycémiques, eut des résultats désastreux. Actuellement, la malade se trouve bien d'une thérapeutique associant la prostigmine, l'insuline et la guanidine (1 gr. à 1 gr. 80 par voie buccale).

Difficultés du diagnostic différentiel entre botulisme et paralysie diphtérique. Identité de l'atteinte éventuelle de l'œsophage, par MM. MOLLARET et AUBRY.

Présentation d'une malade qui a eu, après une diphtérie maligne, une série de paralysies : voile, pharynx, œsophage, cordes vocales, accommodation. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic avec certaines formes de botulisme dans lesquelles il y a une paralysie du voile et de l'accommodation et une pseudo-angine à fausses membranes. L'atteinte de l'œsophage peut être la même dans les 2 cas ; le rôle essentiel dans sa pathogénie paraît revenir à la perte du mécanisme réflexe du temps œsophagien, peut-être due elle-même à l'anesthésie des zones réflexogènes très nette dans le cas rapporté.

Syndrome radiculaire pur des fibres longues ; démonstration seconde des facteurs gastrique et anémique, par MM. P. MOLLARET, P. MARTIN et VITTOZ.

Malade de 59 ans chez qui s'est constitué un syndrome de Déjerine et Thomas absolument pur. Un traitement par les vitamines B1 et B2 a nettement amélioré les troubles nerveux. 2 mois après ceux-ci, on a constaté une anémie progressive. Les auteurs insistent sur la rareté des formes pures du syndrome et sur la dissociation des syndromes nerveux et sanguin.

Maladie de Thomsen, par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA.

MM. André-Thomas et J. Ajuriaguerra présentent un sujet atteint de maladie de Thomsen chez qui l'on note une hypertonie apparaissant lors des mouvements passifs des avant-bras et des jambes. La myotonie a été très améliorée par le sulfate de quinine. Dans la famille du malade on retrouve d'autres cas de maladie de Thomsen associée à l'épilepsie.

Amyélencéphalie, par MM. ANDRÉ-THOMAS et V. LEPAGE.

MM. André-Thomas et Lepage présentent les pièces d'un amyélencéphale dont la malformation a dû se produire entre la 6^e et la 8^e semaine de la vie intra-utérine. Le crâne et le rachis présentent une vaste brèche où se trouve une poche kystique. Les racines antérieures et postérieures sont d'aspect normal et contiennent des cylindraxes, bien qu'elles se perdent dans les parois de la poche et qu'il n'y ait pas de cornes antérieures.

Lésion protubérantielle basse vasculaire et hallucinose, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT.

Cas de lésion protubérantielle basse d'origine vasculaire avec hallucinations oniriques qui ont débuté le lendemain de l'ictus et disparu une semaine plus tard ; elles ne sauraient être considérées comme un signe de localisation et doivent être attribuées à une réaction cérébrale diffuse transitoire, secondaire à la lésion protubérantielle.

Symphathome embryonnaire paravertébral avec propagation intrarachidienne et compression médullaire, par M. R. THUREL.

Dans ce cas observé chez un enfant de 26 mois, une laminectomie a été associée à la radiothérapie. L'amélioration de la paraplégie obtenue par la décompression se maintient depuis 9 mois et la tumeur paravertébrale a notablement diminué.

Syndrome de Foster-Kennedy lié à un blocage de l'aqueduc de Sylvius,
 par MM. P. PUECH, DESVIGNES et P. DESCLAUX.

Les auteurs sont intervenus chez un malade présentant un syndrome de Foster-Kennedy et une dilatation ventriculaire. L'intervention montra une arachnoïdite bloquant l'aqueduc de Sylvius; celui-ci fut cathétérisé mais l'hydrocéphalie se reforma et le malade mourut. L'autopsie confirma l'absence de tumeur. Ce fait prouve que la valeur localisatrice du syndrome de Foster-Kennedy n'est pas absolue.

Séance du 30 mars 1944

**Enervation sinu-carotidienne unilatérale chez un myopathique ;
 amélioration sensible,** par MM. A. THÉVENARD et LÉGER.

MM. A. Thévenard et Léger ayant effectué cette intervention chez un myopathique de 10 ans ont observé une amélioration surprenante et précoce (dès le 3^e jour), d'autant plus significative que l'affection n'avait jamais présenté la moindre régression et avait résisté à toutes les thérapeutiques. Au bout de 2 mois les déformations sont réduites, la force musculaire sensiblement augmentée et la résistance à la fatigue nettement accrue.

Surdité verbale avec hypoacousie bilatérale,
 par MM. F. THIÉBAUT, LEMOYNE et E. WOLINETZ.

Présentation d'une femme de 50 ans chez qui l'on observe, après un ictus, une surdité psychique avec troubles de la série de Wernicke portant seulement sur le calcul et la musique et une hypoacousie bilatérale intéressant la perception aérienne et épargnant la perception osseuse. Les auteurs écartent l'hypothèse d'une lésion de l'oreille moyenne et concluent à l'origine corticale de la surdité : une lésion unique temporelle gauche serait ainsi responsable de tout le syndrome. Les auteurs insistent sur l'intérêt des audiogrammes dans la surdité corticale.

La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrenente bénigne,
 par M. P. MOLLARET.

Présentation d'un malade atteint de l'affection dont il a soutenu récemment l'autonomie. Un sujet de 29 ans a présenté, de 1935 à 1938, des épisodes méningés fébriles, brutaux, durant 2 jours et se reproduisant tous les mois. La ponction lombaire pratiquée au début des accès montrait une hyperalbuminose et une forte hypercytose (2.200 cellules dont la moitié de cellules endothéliales, 1/4 de lymphocytes, 1/4 de polynucléaires). De nombreuses inoculations ont échoué. Au cours de l'évolution, le sujet a contracté la syphilis et le traitement antisiphilitique n'a pas modifié les épisodes méningés.

Maladie de Werdnig-Hoffmann, par MM. G. HEUYER, J. LHERMITTE
 et J. de AJURIAGUERRA.

Les auteurs ont observé chez une enfant de 5 mois une quadriplégie rapide avec atonie très accusée, abolition des réflexes tendineux et signe de Babinski. L'autopsie a montré l'atrophie des cellules radiculaires et des racines antérieures, la gracilité des faisceaux antéro-latéraux, la conservation du système

postérieur et des altérations dégénératives des muscles. Les auteurs estiment que, ni cliniquement, ni anatomiquement, on ne peut différencier la maladie de Werdnig-Hoffmann de l'amyotonie d'Oppenheim.

Effet de l'excitation électrique du segment inférieur de la moelle dans un cas de section totale vérifiée chirurgicalement, par M. J.-A. BARRÉ.

M. Barré ayant fait passer un courant entre une électrode fessière et une électrode mise en contact de la moelle par le drain, a constaté des modifications transitoires du syndrome de section totale : réapparition de certains réflexes, flexion vive ou extension du gros orteil après excitation plantaire, au lieu de la flexion lente normalement observée chez le blessé.

Myoclonies rythmées du voile, de la glotte et du diaphragme survenant par accès périodiques et se traduisant par du hoquet, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et WOLFROM.

Les auteurs rapportent un cas de myoclonies rythmées apparues peu après la constitution de lésions vasculaires de la calotte protubérantielle ; les myoclonies sont équidistantes, au rythme de 20 par minute et chacune est considérée par une double secousse.

Disque intervertébral et hernie intra-rachidienne,
par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DELSUC.

Les auteurs montrent qu'à la formation de la hernie prennent part le *nucleus pulposus* et la partie postérieure de l'anneau fibreux qui présente un amincissement médian. Si ce point de moindre résistance cède, la hernie se constitue, mixte si elle est médiane ou paramédiane, uniquement aux dépens de l'anneau si elle est latérale.

Douleurs fulgurantes après myélotomie postérieure dans un cas d'érythromélgie, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Alajouanine et Thurel soulignent la localisation des douleurs à l'endroit du maximum de l'érythromélgie, ce qui ne laisse aucun doute sur le rôle de celle-ci dans la pathogénie des algies qui ont tous les caractères de celle du tabes ; dans ce cas, les neurones sensitifs rendus hyperexcitables réagissent par des douleurs fulgurantes en série aux excitations périphériques intrinsèques dont l'importance est augmentée par la vaso-dilatation hyperémiant.

Les faux méningiomes de la petite aile du sphénoïde,
par M. CHRISTOPHE (de Liège).

M. Christophe montre que le syndrome clinique et radiologique du méningiome de la petite aile du sphénoïde peut être réalisé par un anévrisme de la carotide interne ou de ses branches. De petites hémorragies rétiniques en taches rondes sans stase peuvent plaider pour l'anévrisme et l'artériographie s'impose dans les cas douteux.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Délire de persécution et hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel), par Henri FLOURNOY (de Genève). Communication à la 100^e assemblée de la Société suisse de psychiatrie, Genève, 4-5 décembre 1943 (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume LIII, fascicule 2, 1944).

Traitée à 66 ans par M. Henri Flournoy pour un délire de persécution, Mme H. put être considérée comme guérie, un an plus tard, par la psychothérapie. Douze années après, alors qu'elle était âgée de 78 ans, elle présenta un état démentiel et de l'adiposité rhizomélisque, avec de l'affaiblissement de la mémoire, et mourut à 81 ans de broncho-pneumonie. L'autopsie confirma une hyperostose frontale interne très avancée avec atrophie corticale des différents lobes cérébraux, hyperostose frontale interne déjà révélée, deux ans avant la mort, par une radiographie.

A propos de ce cas intéressant, M. Henri Flournoy retrace l'histoire du syndrome de Ferdinand Morel (hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux), appelé encore par certains : syndrome de Stewart-Morel ou syndrome de Morgagni-Morel. Le professeur Ferdinand Morel, de Genève, a établi, en effet, que l'hyperostose frontale interne, rare chez l'homme, mais relativement fréquente chez la femme âgée, s'accompagne toujours de troubles variés que l'on peut rassembler en deux groupes, les uns endocriniens, les autres cérébraux, parmi lesquels des symptômes psychiques multiples et variés (désorientation, agitation, dépression, idées délirantes de persécution, amnésie, troubles du caractère, agressivité, etc.). Pour M. Ferdinand Morel la cause de ce syndrome réside en une lésion de la région des parois du III^e ventricule. Cependant, Henschen, de Stockholm, déniait toute valeur aux troubles mentaux, qu'il considère comme hétérogènes et en rapport avec la sénilité, se prononça en faveur du rétablissement intégral du syndrome décrit en 1765 par Morgagni, de Padoue (hyperostose frontale, adipose, virilisme). D'où deux opinions différentes : syndrome de Morgagni (hyperostose, obésité, virilisme), syndrome de Ferdinand Morel, ou de Stewart-Morel (hyperostose, adipose, troubles mentaux).

Roger, Schachter et Boudouresques, de Marseille, considèrent comme fondamentaux les signes de la triade de Morgagni (hyperostose frontale interne, virilisme avec pilosité anormale, obésité) et rangent les symptômes psychiques parmi les troubles accessoires (malades âgés, artério-scléreux, séniles) dépourvus de toute spécificité. Ils se rallient donc à l'opinion de Morgagni et de Henschen. Ils acceptent l'hypothèse de voir à l'origine de ce syndrome le complexe infundibulo-tubéro-hypophysaire.

Mais Rossier, de Zurich, et Secrétan, rapportant 38 cas de malades âgés de 17 à 78 ans, admettent qu'il s'agit d'un syndrome bien caractérisé, nullement spécial à la vieillesse, se manifestant parfois dès l'adolescence et par des troubles fonctionnels qui font penser à l'hystérie. Ils font remarquer que si la région infundibulo-hypophysaire est le centre par excellence de la régulation endocrinienne, elle contient en outre des centres importants de l'équilibre neuro-végétatif : le syndrome névrosique, bien que déclenché par un conflit, l'est ici sur le terrain favorable constitué par le trouble du fonctionnement de la région infundibulo-hypophysaire.

Hemphill et Stengel, de Bristol, ne considérant pas comme accessoires les troubles mentaux, concluent que les modifications pathologiques du cerveau et de la boîte crânienne, ainsi que le déséquilibre endocrinien, contribuent à donner naissance à la psychose en activant les tendances psychopathiques de la personnalité. Ils insistent, d'autre part, sur le caractère familial de l'affection.

M. Henri Flournoy termine ce très intéressant, très clair exposé historique et critique en concluant que les troubles démentiels présentés par sa malade, sans aucun doute en relation directe avec l'atrophie cérébrale et l'hyperostose, faisaient partie intégrante, et non fortuite, du tableau morbide. Il a tendance à penser qu'il en est de même des troubles délirants, antérieurs d'une douzaine d'années. Ce qui donne aux troubles mentaux du syndrome une telle diversité, c'est la constitution mentale individuelle, héréditaire ou acquise, mais cette diversité n'empêche pas les troubles psychiques de faire partie intégrante, et nullement accessoire, du syndrome de Stewart-Morel.

Ajoutons qu'Eldridge et Holm, de Washington, ont trouvé des signes radiographiques d'hyperostose frontale interne chez 25 % des femmes atteintes de troubles mentaux variés : 20 fois plus souvent que dans la population en général. Et ceci permet à M. Henri Flournoy de conclure que l'importance primordiale des troubles mentaux dans le syndrome de Stewart-Morel en ressort de façon décisive.

Une importante bibliographie termine cet important mémoire qu'illustre un cliché photographique très démonstratif de l'hyperostose frontale interne (s'étendant à la calotte, au plancher, aux apophyses clinéoides antérieures et postérieures, à l'étage moyen) trouvée à l'autopsie de la malade dont M. Henri Flournoy a résumé et discuté ici l'intéressante observation.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des troubles du caractère chez l'enfant et l'adolescent, par ERIC STERN (de Paris). (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, août 1942).

Ayant défini le caractère comme l'une des bases constitutionnelles du comportement, M. Eric Stern étudie des enfants amenés à la Clinique annexe de

psychiatrie infantile pour des troubles du comportement. Les anomalies du comportement sont l'aspect extérieur de troubles dont les anomalies du caractère représentent l'aspect intérieur. C'est donc sur le caractère que le traitement devra agir.

Un tiers environ des enfants amenés à la consultation présente des troubles du caractère. La statistique qui a servi de base à ce travail porte sur 200 cas, parmi lesquels environ 37 0/0 de filles et 63 0/0 de garçons. C'est à la prépuberté ou au début de la puberté que, le plus fréquemment, se manifestent les troubles du caractère. L'auteur distingue des cas légers (15,5 0/0), des cas moyens (41,5 0/0) et des cas graves (43 0/0), ces derniers caractérisés, non pas tant par l'accumulation des symptômes que par leur degré, leur intensité, leur gravité. Il énumère les symptômes principaux et en indique le pourcentage, montrant par de nombreux exemples comment se manifestent les troubles du comportement.

Les causes, multiples, des troubles du caractère peuvent être classées en causes exogènes, au nombre desquelles la situation familiale se place au premier rang (enfants naturels dans 17,5 0/0 des cas, orphelins dans 25 0/0 des cas, parents séparés ou divorcés dans 23 0/0 des cas, parents malades, familles nombreuses, alcoolisme familial, paupérisme, etc.) et causes endogènes, c'est-à-dire toutes celles, héréditaires ou non, qui dépendent de la constitution : les troubles endocriniens sont fréquents de même qu'un degré variable de débilité intellectuelle (pour des causes multiples, le retard scolaire est plus fréquent encore que le retard intellectuel) et, dans 40 0/0 des cas ont été notés des troubles corporels. Dans 37 0/0 des cas, les parents étaient des hystériques et, dans 27 0/0 des cas, existait une tare syphilitique certaine.

René CHARPENTIER.

Enfants inadaptés, insociables, par le Professeur Dr Jean WINTSCH, médecin des écoles à Lausanne (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, mai 1942).

Difficile ou non, l'enfant est une inconnue à deux variables : en dehors des raisons constitutionnelles, il y a les agents extérieurs qui déterminent le comportement, génotype et phénotype sur lesquels agissent les pulsions internes et les excitations externes.

On peut ramener les individus à trois types : 1° introvertis, 2° extravertis, 3° alternativement ou simultanément introvertis et extravertis (Jung) ou décrire comme Mme Baumgarten (de Berne) un type social, un type anti-social et un type asocial, mais il ne faut pas négliger les attitudes qui tiennent à la maturation des sujets (développement moteur, développement mental, âges affectifs) dont M. J. Wintsch résume les étapes de 3 à 12 ans. En caractérologie, maturation et ethnologie sont à explorer avec soin.

Les enfants difficiles, asociaux, mal disciplinés, inadaptés, peuvent être rangés en cinq catégories : enfants malades, débiles mentaux, pervers de naissance, enfants médicalement normaux mais refoulés ou choqués, enfants mal élevés ou inadaptés. En dehors des difficultés provenant d'enfants émotifs ou hypersensibles, de parents inaptes à la puériculture, des difficultés parfois très graves peuvent résulter de certaines situations (orphelins, enfants uniques ou trop choyés ou nés très tardivement, etc.) (sujets transportés dans un milieu auquel ils ne sont pas adaptés, etc.).

Les enfants difficiles relevant de causes surtout constitutionnelles doivent être soignés, suivis par des professionnels de la psychiatrie infantile et de la pédagogie des anormaux. Tout enfant ayant un comportement insolite doit d'abord être examiné par un psychiatre ; dans chaque région, un centre médico-pédagogique est nécessaire. Une fois le diagnostic établi, il importe qu'une assistante spécialisée assure la liaison entre le médecin et l'entourage (famille, école, classes spéciales, institut, etc...).

L'éducation familiale doit, dès la naissance, commencer à fixer de bons automatismes (alimentation, propreté, marche, parole, etc.), créer une atmosphère de sympathie et de fermeté, d'affection et de discipline. L'enfant normal est indifférencié au point de vue moral et peut être orienté dans le sens que l'on désire, mais il faut s'en occuper avec une attention soutenue. La liberté, elle-même, doit être expérimentée. Mais l'apprentissage des résistances est aussi important que celui de la vie active et l'établissement de bonnes inhibitions est indispensable. Dès le premier âge, il faut aussi développer chez l'enfant le respect des choses et le respect de la vie. Et, en vue de la sociabilité, il faut tenir compte des instincts et pulsions de l'enfant autant que de l'intérêt et de l'attrait de ce qui l'environne. Lorsque les cas d'urgence impliquent l'application de punitions, l'efficacité de ces punitions dépendra de leur valeur propre, de leur nature même, mais aussi de l'organisme sur lequel elles agissent. Il s'agit de dériver, de canaliser, de sublimer.

Chez un enfant relativement normal, trois conditions essentielles amèneront des comportements convenables, sûrs, fidèles, égaux, évolués : 1° le stimulant, le motif, l'argument présenté doit être *répété* un nombre de fois suffisant, en série ou à des occasions renouvelées ; 2° cet apport pédagogique sera *répété régulièrement*, à intervalles convenables, pas trop souvent ni de façon trop espacée ; 3° l'incitation doit avoir une intensité moyenne, toujours égale, l'objet soumis aux sens sera d'une valeur *constante* et en rapport avec les disponibilités de l'enfant.

Ce sont là les règles de toute pédagogie, laquelle a une base physiologique. Il y a déséquilibre, inadaptation, mauvaise fonction si l'excitation est violente ou trop faible, ou trop répétée en peu de temps, ou très rare, ou variable avec excès, ou multiple.

René CHARPENTIER.

Phénomènes de dénutrition chez les aliénés pendant la période des restrictions. Résultats d'une enquête alimentaire effectuée à l'hôpital psychiatrique de Saint-Anne, en juillet 1942, par Mme L. RANDOIN (Bu II de l'Académie de médecine, séance du 2 novembre 1943).

La sous-alimentation a causé chez les aliénés des troubles graves. De 9 à 11 0/0 avant la guerre, le pourcentage de mortalité, à Sainte-Anne, est passé en 1941 à 21 0/0 environ, chiffre qui fut même dépassé dans d'autres hôpitaux psychiatriques.

Rappelant l'exposé de MM. Bessière, Brisson et Talairach (Soc. méd.-psych., 24 novembre 1941), Mme L. Randoin fait remarquer ce fait intéressant qu'il n'a pas été observé de signes nets d'une avitaminose connue. Elle publie, en un tableau d'ensemble, des chiffres qui accusent l'insuffisance au point de vue énergétique des rations reçues par ces malades en juillet 1942, la déficience la plus grave portant sur les protides d'origine animale. Mais les différentes valeurs des rapports et équilibres ne s'écartaient pas sensible-

ment de la normale, sauf le rapport $\frac{\text{protides animaux}}{\text{protides végétaux}}$ et les rapports faisant intervenir la vitamine A. Certains rapports étaient même plus satisfaisants qu'avant-guerre.

Aussi, constatant les effets particulièrement désastreux pour les aliénés des régimes de restrictions, Mme L. Randoïn met en évidence que les chiffres normaux de 2.400 calories pour les adultes et de 3.000 calories pour les adolescents, ne conviennent pas aux aliénés, en temps normal. Ainsi que Pinel l'avait montré, les besoins énergétiques de la plupart des aliénés sont certainement plus élevés que ceux des individus normaux. Leur métabolisme est souvent accéléré (hyperthyroïdiens par exemple). L'exagération des réflexes, le désordre des mouvements, l'inquiétude, l'insomnie, le manque de défense volontaire contre le froid, et parfois la fatigue d'un traitement pénible et prolongé augmentent dans de fortes proportions les dépenses énergétiques. Pour se maintenir en équilibre de poids, les aliénés adultes devraient recevoir chaque jour une ration leur apportant 2.800 à 3.000 calories.

Suivent des recommandations d'ordre pratique pour augmenter la quantité des substances énergétiques et assurer le dégagement de l'énergie à partir des potentiels alimentaires.

René CHARPENTIER.

Une singulière obsession : la phobie de l'obscurité, par J.-M. BERT, T. DESMONTS et J. RODIER. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943. *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Observation d'un homme de 65 ans, qui, à la suite de crises dyspnéiques nocturnes très pénibles, dont il avait une vive appréhension, a contracté la crainte de voir arriver la nuit, et a conservé, même après la disparition complète des crises dyspnéiques, une phobie de l'obscurité avec réactions d'anxiété paroxystiques. Cela, même pendant le jour, s'il vient à passer dans une pièce sombre. Cet état, qui dure depuis une dizaine d'années, va sans cesse en s'aggravant.

René CHARPENTIER.

Emploi du laudanum en injection hypodermique par les toxicomanes, par Henry GRIFFON (*Société de médecine légale de France*, séance du 13 décembre 1943, *Annales de médecine légale*, janvier-février 1944).

Observation d'une femme, trouvée morte dans un hôtel. L'examen toxicologique des viscères laissa suspecter la présence d'une trace de morphine. L'examen des lieux permit de trouver un véritable nécessaire pour injections hypodermiques de laudanum et le flacon en ayant contenu. L'enquête confirma l'emploi du laudanum « en piqûres » dans le milieu fréquenté par la malade. M. Henri Griffon insiste à juste titre sur le danger de l'emploi en injections hypodermiques de ce produit, beaucoup plus toxique encore que les solutions aqueuses de morphine, mais que son usage externe a fait bénéficier d'une certaine tolérance. Danger d'autant plus grand actuellement que le laudanum constitue pour certains un produit de substitution à leur toxique habituel, devenu très rare et qu'ils se procurent de plus en plus difficilement.

Mais le choix du laudanum de Sydenham par les toxicomanes ne date pas des circonstances actuelles. La facilité avec laquelle on peut se le procurer, surtout dans certains milieux, avait été utilisée bien antérieurement. Il y a une vingtaine d'années, un jeune étudiant en médecine, toxicomane par injections de laudanum, mourut du tétanos à la suite d'injections faites à l'aide d'une seringue que, pour échapper à la surveillance familiale, il cachait dans un trou poussiéreux dans un mur. Son corps était couvert de cicatrices caractéristiques.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Les syndromes de rigidité du vieillard. Le syndrome de Foerster. La myosclérose rétractile, par J. LHERMITTE, J. DE AJURIAGUERRA et HÉCAËN (*La Presse médicale*, 9 octobre 1943).

Sous le nom de syndrome de Foerster, rigidité des artérioscéléreux, syndrome très complexe, fréquent chez l'homme âgé, on englobe habituellement des états que MM. J. Lhermitte, J. de Ajuriaguerra et Hécaen montrent devoir en être différenciés. Tels sont la catalepsie des vieillards, tendance à garder indéfiniment une attitude imposée ou prise spontanément ; la myosclérose rétractile sénile pouvant se superposer à la rigidité ; l'oppositionnisme, contraction automatique des antagonistes du mouvement voulu par le sujet ; les troubles de la dénervation, contracture massive des agonistes et des antagonistes fixant spontanément les muscles dans une attitude.

Alors que la rigidité de Foerster est une affection progressive, lente et implacable, liée à la dégénération du système extra-pyramidal, la catalepsie, l'oppositionnisme, beaucoup plus complexes, sont des affections de la psychomotilité, au sens de Kleist. C'est la participation active du psychisme qui permet de comprendre la variabilité de certaines anomalies motrices dont les oscillations peuvent parfois paraître déconcertantes. Cet intéressant travail attire l'attention sur la nécessité d'une observation attentive et méthodique des phénomènes qui expriment les progrès de la désagrégation motrice trop fréquemment liée à la sénilité.

René CHARPENTIER.

La maladie de Schilder-Foix, par J. DECHAUME, P.-F. GIRARD et M. PONT (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1943).

A propos de deux intéressantes observations personnelles, MM. J. Dechaume, P.-F. Girard et M. Pont rappellent l'histoire de la maladie de Schilder-Foix et ses bases anatomo-cliniques. Leuco-encéphalite associant, à un processus malacique où prédominent des lésions myéliniques dégénératives, une sclérose névrogliques hyperplasique et rétractile, réalisant, avec la formation de larges zones dégénératives et de géodes, une atrophie globale et élective de la substance blanche qui laisse un petit cerveau à gros ventricules, la maladie de Schilder-Foix réunit dans sa séméiologie clinique des symptômes moteurs de type paraplégique, des signes oculaires avec œdème papillaire, des troubles psychiques parfois d'allure déméntielle.

Selon le groupement de ces symptômes, et leur évolution, les auteurs décrivent les formes cliniques suivantes : 1° les formes aiguës à symptomatologie tumorale (forme d'Heuhner-Schilder), dont le diagnostic avec les tumeurs cérébrales aiguës pose l'important problème des pseudo-tumeurs, des encéphalites tumorales, et de leur thérapeutique neuro-chirurgicale ; 2° les formes neurologiques à évolution séquellaire simulant la sclérose en plaques (type Pierre Marie et Foix) ; 3° les formes démentielles de la maladie de Schilder-Foix évoluant, tantôt chez de jeunes enfants, avec arrêt du développement intellectuel, tantôt chez l'adulte, avec gros affaiblissement intellectuel ou, plus exceptionnellement, état paranoïde ou héliophréno-catonique, formes dans lesquelles les troubles psychiques prédominent sur les troubles neurologiques qui les accompagnent généralement.

Beaucoup d'auteurs considèrent que la maladie de Schilder-Foix traduit un processus dégénératif dystrophique, causé par un virus neurotrope (Levaditi, P. Lépine et Mlle Schoen) : ce serait une leuco-encéphalite lipotrophique due à un virus oligodendrophile. Elle peut être aussi d'origine toxique (J. Dechaume et Chambon) comme le montre l'expérimentation. La maladie de Schilder-Foix, dont l'individualisation repose sur des arguments anatomiques et cliniques, sans précisions étiologiques et pathogéniques, mérite cependant d'être nettement isolée des autres scléroses cérébrales. Sa séméiologie polymorphe si particulière, qui en fait souvent méconnaître le diagnostic, doit être bien connue des neuro-psychiatres.

RENÉ CHARPENTIER.

La céphalée en ophtalmologie, par A. HUDELO (*Archives hospitalière* novembre 1943, n° 21-22).

Nombreux sont les cas de céphalée soumis à l'examen de l'ophtalmologiste. Des uns, la cause est en effet à point de départ oculaire, qu'il s'agisse de crampe de l'accommodation (celle par exemple qui accompagne tous les troubles de réfraction, par contraction compensatrice du muscle ciliaire, en particulier dans l'hypermétropie, l'astigmatisme, la presbytie), qu'il s'agisse de paralysie ou parésie de l'accommodation, de troubles de la statique extra-oculaire, c'est-à-dire de la fonction convergence-divergence, de glaucome (c'est alors le plus souvent la névrite ciliaire, manifestation périphérique de la névrite du trijumeau qui cause la céphalée), de certaines iritis torpides accompagnées de céphalée frontale, de certaines ostéites orbitaires, ou de névrite rétro-bulbaire aiguë ou subaiguë. Certains éblouissements chez des hyper-sympathicotoniques peuvent se dissimuler sous le masque de la céphalée. Certains enfants, d'attention fatigable et sans aucun trouble oculaire, accusent, pour qu'on cesse de les obliger à travailler, des céphalées que rien ne motive et qu'ils n'éprouvent pas.

À côté de ces cas, il en est d'autres dans lesquelles l'œil, sans être cause de la céphalée, apporte au diagnostic d'importants renseignements. La céphalée est de cause extra-oculaire, mais l'examen oculaire permet de déceler cette cause : blépharite chronique attirant l'attention sur le fonctionnement hépatique ; œdème des paupières révélateur d'insuffisance rénale ; mais surtout, stase papillaire du syndrome d'hypertension intracrânienne, et qui peut en être d'abord le seul signe accompagnant une céphalée ; renseignements précisant le siège d'une tumeur sur l'un des points de commande d'un

des nerfs de l'œil (faut-il rappeler que, sur 12 paires de nerfs crâniens, 6 se rendent à l'œil ou à ses annexes, les II^e, III^e, IV^e, V^e, VI^e et VII^e paires) ; troubles artériels (hypertension artérielle rétinocérébrale, hypotension, spasme artériel de la migraine ophthalmique). Cette simple énumération suffirait à montrer l'importance de l'examen oculaire dans tous les cas de céphalée.

René CHARPENTIER.

L'hydrocéphalie externe au cours de la coqueluche. Réflexions physiopathologiques et diagnostiques sur les méningites séreuses, par J.-A. CHAVANY et Michel FELD (*La Presse médicale*, 19 février 1944).

A propos d'une observation exceptionnelle de méningite séreuse, au cours de la coqueluche, chez une jeune femme de 28 ans, les auteurs concluent que la méningite séreuse peut, dans certains cas, constituer à des syndromes étiquetés pithiatiques un substratum anatomique décelable. Ils soulignent d'autre part le fait qu'une ponction lombaire, en même temps qu'elle a fait céder la première poussée méningitique, a guéri immédiatement les accès paroxystiques de toux. Cela les conduit à l'hypothèse que la quinte de toux de la coqueluche-maladie traduirait la souffrance de la X^e paire, souffrance isolée ou révélatrice d'une méningo-encéphalite coquelucheuse à minima.

Dans les méningites séreuses toxiques ou infectieuses, il s'agit, en réalité, selon eux, d'un trouble osmotique et circulatoire sans qu'il soit besoin de faire intervenir, comme l'ont fait de nombreux auteurs, la notion de « sensibilisation ». La clinique ne permet pas, à elle seule, l'affirmation du diagnostic de méningite séreuse. Pour affirmer ce diagnostic, pour écarter aussi celui de néoformation intra-crânienne, il est nécessaire d'avoir recours à la ventriculographie et à l'encéphalographie par voie lombaire, qui permet, mieux encore que la ventriculographie directe, d'objectiver sur les clichés la méningite séreuse.

En terminant, MM. J.-A. Chavany et Michel Feld s'élèvent contre l'appellation de « méningite séreuse » alors qu'il s'agit d'une hydroisie arachnoïdienne. C'est secondairement seulement que l'arachnoïdite peut venir compliquer la rétention séreuse. Aussi préfèrent-ils désigner sous le nom d'*hydrocéphalie externe* ces états dont la fréquence pourrait apporter une explication à des symptômes considérés jusqu'ici comme anorganiques.

René CHARPENTIER.

Hémorragies méningées récidivantes avec hypoprothrombinémie, par A. ROSSIER (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 28 janvier 1944).

Observation d'une fillette qui avait présenté deux ans auparavant une hémorragie méningée et qui se plaignait simplement de céphalée intermittente. Aucun signe neurologique ni humoral, à l'exception d'une hypoprothrombinémie (0,16 pour 100) qui s'atténua avec les injections de vitamine K. Ultérieurement, nouvelle hémorragie méningée au cours de laquelle le taux de prothrombine tombe à 5 pour 100 pour remonter avec de nouvelles injections en même temps que les accidents méningés disparaissent. Malgré de multiples examens, encéphalographie, ventriculographie, etc., la cause et le siège de l'hémorragie ne purent être décelés. Une nouvelle baisse de la prothrombine fut constatée à l'occasion d'une violente épistaxis pré-

cédée de céphalée et de troubles visuels.

La constatation à plusieurs reprises de l'hypoprothrombinémie, ses modifications parallèles à l'évolution clinique, l'influence heureuse de la vitamine K doivent faire admettre un rapport entre ce trouble humoral et la production de l'hémorragie. Mais la cause de l'hypoprothrombinémie et celle de la localisation méningée du saignement restent mystérieuses.

R. C.

Les tumeurs cérébrales, par Claude Gros (*Languedoc médical*, mai-juin 1943).

Revue générale dans laquelle M. Claude Gros s'est attaché à donner une vue d'ensemble de la question, à en fixer « l'état actuel », en indiquant les moyens complémentaires de diagnostic et les méthodes de traitement dont dispose actuellement la neuro-chirurgie. Après Cushing, il entend sous le nom de tumeurs cérébrales « les formations intra-crâniennes de nature néoplasique et de siège endo- ou exo-cérébral ». Après en avoir donné la classification, il étudie successivement le syndrome de tumeur cérébrale avec hypertension intra-crânienne, les signes focaux, variables selon la localisation de la tumeur, les moyens complémentaires de diagnostic (examens ophtalmologique, oto-rhino-laryngologique, radiologique), l'évolution de la tumeur vers l'apparition d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne dont l'aggravation se termine par la mort, les complications qui peuvent entraîner une mort rapide (engorgement occipital, engorgement temporal), les facteurs du pronostic (siège et nature de la tumeur, précocité ou non du diagnostic), les principaux éléments du diagnostic avec les affections qui peuvent en imposer pour une tumeur cérébrale (hématomes intra-crâniens post-traumatiques, abcès du cerveau, tuberculomes, syphilomes, encéphalites pseudo-tumorales).

Le perfectionnement des méthodes de traitement, dont M. Claude Gros indique les buts, les moyens, les indications, a beaucoup amélioré les résultats opératoires, d'ailleurs variables selon les cas envisagés et la précocité du diagnostic. Dans 65 0/0 des cas opérés, on est en droit d'espérer une prolongation d'existence supérieure à trois ans.

René CHARPENTIER.

Sur les méningites dans les fractures du crâne, par DESJACQUES et PUGEAT (*Société de chirurgie de Lyon*, séance du 27 mai 1943).

121 observations soulignent l'efficacité de la *sérothérapie antistreptococcique et antiméningococcique préventive*. Sur ces 121 cas, en effet, MM. Desjackets et Pugeat n'ont à signaler que 2 méningites septiques mortelles (à pneumocoques, et l'un des deux blessés n'avait pas été traité préventivement) et 2 réactions méningées (avec culture stérile) guéries.

Ils rappellent que la statistique de Vulliet, de Lausanne (1929) accusait 14 0/0 de méningites mortelles pour 105 blessés non injectés, tandis que 48 blessés injectés furent tous indemnes de méningite.

R. C.

A propos d'une fracture du crâne avec œdème mortel, par ETIENNE, CHEYNEL et COSTEGALDE. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance des 19 et 26 mars 1943, *Montpellier médical*, juillet-août 1943).

Chez un enfant de 2 ans, blessure cranio-encéphalique par petite pioche à saïeler, plaie pénétrante pariétale droite suivie à la septième heure, après intervalle libre, de coma avec syndrome neuro-végétatif grave par œdème cérébral généralisé, sans autres lésions macroscopiques que le puits d'attrition traumatique et un hématome péricrânien.

Observation fort instructive qui montre : 1° la réalité des syndromes vasomoteurs d'œdème cérébral après les blessures de l'encéphale et la possibilité de développement après intervalle libre ; 2° la gravité de ce syndrome et l'impuissance de toute thérapeutique lorsqu'est dépassé le stade d'irréversibilité.

Dans le cas particulier, légère amélioration après décompression, mais les perturbations neuro-végétatives avancées amenèrent la mort. Les auteurs se demandent si l'instabilité neuro-végétative des enfants, si redoutable après les interventions chirurgicales, ne fut pas cause de la précocité brutale et de la gravité rapide de ce coma hyperthermique.

René CHARPENTIER.

Adénolipomatose à début brusque et à développement rapide après un traumatisme crânien, par G. GIRAUD, J.-M. BERT, T. DESMONTS et J. RODIER (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943, *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Intéressante observation dans laquelle, une huitaine de jours après une chute (plaie de la région frontale sans lésion osseuse du crâne), chez un homme de 40 ans, on nota l'apparition d'une adénolipomatose diffuse, plus ou moins symétrique, à marche très rapide. Les auteurs émettent l'hypothèse que le syndrome fut déclenché par la production de suffusions hémorragiques ou même par un simple ébranlement fonctionnel de la région des noyaux végétatifs hypothalamiques, comme cela s'observe pour certaines polyuries ou glycosuries. Ils rapprochent ce fait de syndromes dégénératifs systématisés (comme la maladie de Parkinson), observés à la suite de traumatismes crâniens.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

La « Psychologie Individuelle » d'Alfred Adler. Traduction et adaptation par le Dr M. ENGELSON (*Gesundheit und Wohlfahrt*, *Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, novembre 1943).

A l'encontre de la plupart des systèmes psychologiques, la psychologie individuelle d'Alfred Adler est d'essence presque exclusivement pratique. C'est une thérapeutique directe, sans le détour ni les écueils de la « catharsis » de la psychanalyse, c'est, écrit M. Engelson, « l'orthopédie de la psychologie ».

Cet article est la traduction d'un exposé inédit, remis à l'auteur par A. Adler lui-même, quelques années avant sa mort.

L'activité humaine naît tout entière d'un sentiment d'infériorité et d'insécurité qui tend à se transformer en un sentiment de supériorité, d'empire sur la matière, sur les individus et sur soi-même. Tel est le fondement du système de psychologie individuelle. Son double objectif est de mieux éclairer les rapports entre les causes et les événements, et de remplacer, dans la solution des problèmes biologiques, des fautes grossières par de moindres fautes.

La tendance à la compensation, à la « complétude » est une loi fondamentale de la vie. L'individu oppose au milieu un instinct de conservation d'autant plus intense que l'influence du milieu est plus absorbante, instinct de conservation se manifestant sous forme de concurrence et d'« instinct de domination » chaque fois qu'il se heurte à un obstacle. Au sentiment d'incomplétude, d'infériorité, de l'enfant, répondra par compensation une « volonté de puissance et de domination », un élan vers la complétude. Les échecs sont, chez l'enfant, les moteurs de l'action, et sa volonté de domination entraîne la formation du « sentiment de collectivité » sous l'influence du contact avec la réalité. Suivant la prédominance de l'une ou l'autre de ces deux tendances (volonté de puissance, sentiment de collectivité), on pourra classer sommairement les hommes, dont les uns seront des ambitieux, des orgueilleux, tandis que les autres seront altruistes, sociables, s'harmoniseront à la collectivité. A noter que l'instinct n'est plus, comme chez Freud, la cause primaire du comportement psychique, mais un facteur secondaire, énergie potentielle subordonnée à la « volonté de puissance ».

Si dans les voies qui s'ouvrent à l'individu, celles de la communauté, du travail, de la famille, les obstacles font naître un sentiment d'insécurité, d'infériorité, trop intense, la névrose succédera aux tentatives infructueuses de surmonter l'échec. Cela, que l'obstacle soit insurmontable ou que l'individu ne sache trouver d'autre issue.

A la théorie fataliste de l'hérédité, la Psychologie Individuelle oppose l'importance des facteurs acquis et de l'éducation et une « pédagogie optimiste ». Elle se présente comme d'application pratique dans l'éducation des enfants et des adultes, dans le traitement des névroses et des psychoses, dans la prévention des crimes, des suicides, des perversions sexuelles. Elle vise à écarter les obstacles qui mènent à l'étouffement du sentiment de collectivité et font que le malade ne s'occupe plus guère que de lui-même. Elle tend à unir dans une action commune la psychiatrie, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie et la pédagogie.

René CHARPENTIER.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

Problèmes actuels d'hygiène mentale et de psychiatrie infantiles en Angleterre, par A. REPOND (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, mai 1942).

Le Dr André Repond a condensé dans cet intéressant mémoire un certain nombre de renseignements puisés dans des revues de Grande-Bretagne sur les problèmes d'hygiène mentale et de psychiatrie qu'ont eu à résoudre nos

voisins à l'occasion des évacuations massives d'enfants lors de bombardements aériens.

Parmi les évacués, le nombre d'enfants et d'adolescents difficiles fut bien bien plus considérable qu'il n'avait été prévu et, pour certains, il fallut créer des établissements spéciaux d'observation et de traitement. Tous les auteurs anglais s'accordent à dire que les évacuations d'enfants ne doivent pas être préparées seulement au point de vue matériel, mais tout autant au point de vue psychologique et psychiatrique. Chez beaucoup d'enfants, d'ailleurs, la peur de l'évacuation est infiniment plus forte que la peur des bombardements et de nombreux parents ont pris la regrettable habitude de menacer leurs enfants de les faire évacuer s'ils ne sont pas sages.

Bien des faits intéressants furent notés, par exemple la grande recrudescence de l'énurésie chez les enfants évacués, ou encore le fait que des enfants ayant présenté des difficultés d'adaptation familiale présentaient une inadaptation à leur nouveau milieu plus manifeste encore, le fait que beaucoup d'enfants évacués manifestent au retour dans leur famille une régression profonde de leur comportement, un retour à des attitudes infantiles disparues depuis longtemps. On a constaté aussi la plus grande fréquence et la plus grande intensité de l'angoisse chez les enfants évacués. En contre-partie, l'évacuation a rendu à un grand nombre d'enfants et d'adolescents le courage personnel, le goût de l'aventure et l'esprit d'entreprise.

Mais, si les traumatismes psychiques de l'évacuation des enfants ont dépassé les prévisions, par contre, l'influence psychologique des bombardements aériens s'est montrée moins néfaste qu'on ne le craignait, tout au moins pour les enfants normaux. Les enfants normaux supportèrent parfaitement bien les chocs psychiques des raids, même les plus sévères, à moins d'être témoins de panique dans leur propre famille, s'habituant dans les villes les plus bombardées aux nuits troublées et même à l'écrasement et à l'incendie des maisons, se réadaptant très vite à une vie nouvelle, aussitôt passé le moment de grande émotion. Les plus petits, cependant, sont assez vite éprouvés par la fatigue due au bruit, à l'excitation et au manque de sommeil : ils maigrissent, deviennent indisciplinés. Tout rentre dans l'ordre dès que cessent les bombardements.

Dans des institutions pour arriérés, les enfants ont été parfaitement dressés et disciplinés à se comporter avec sang-froid lors de raids sévères et presque quotidiens, et ont pu être formés à des tâches diverses, être utilisés par exemple en qualité de brancardiers. Il ne se produisait aucune panique dans l'institution. Seuls les débiles mentaux éréthiques avec réactions alternatives de stupeur et d'excitation demandent pendant les bombardements une surveillance spéciale. La condition nécessaire à cette tranquillité pendant les bombardements réside dans le calme et l'énergie du personnel.

Dans la grande majorité des cas, les troubles nerveux apparemment survenus à la suite de bombardements existaient antérieurement à ceux-ci. Toutefois, des craintes légitimes subsistent sur les effets nuisibles, à plus ou moins longue échéance, des bombardements, des évacuations, du manque général de sécurité dû à la guerre, de la désintégration du milieu familial habituel, du changement de milieu, de l'absence des parents mobilisés.

Au début de la guerre, une énorme augmentation de la délinquance infantile a été notée, augmentation qui, en 1940, a atteint 41 0/0 pour les enfants au-dessous de 14 ans (avec maximum à 13 ans), 22 0/0 de 14 à 17 ans, et

5 0/0 pour les jeunes gens de 17 à 21 ans. Ce bond initial fut suivi d'une nette tendance à la diminution. Dans un tiers des cas, l'absence du père, mobilisé, semble avoir joué un rôle déterminant.

L'utilité des assistantes sociales compétentes et spécialement entraînées à la compréhension des difficultés sociales et psychologiques de l'enfance s'est révélée considérable. Dans un grand nombre de cas et dans bien des endroits, c'est surtout grâce à leur action qu'ont pu être résolus de délicats problèmes psychologiques posés par la guerre et par l'évacuation. Les considérations qui précèdent et qui mériteraient de plus amples développements résultent de faits observés en 1940 et publiés dès 1941. Il n'est pas douteux qu'en Grande-Bretagne et dans bien des pays, de nombreuses observations les aient depuis complétées. Elles nous ont cependant paru toujours aussi opportunes, de même que les recommandations suivantes des auteurs anglais sur l'attitude qu'il convient d'avoir avec les enfants :

1° Les parents doivent prendre garde de ne pas alarmer leurs enfants avec leurs propres inquiétudes ;

2° Il faut maintenir autant que possible les habitudes normales de l'enfant ;

3° Il faut tenter de détourner son imagination des événements pénibles et ne pas trop parler devant lui de la guerre et de ses dangers ;

4° En cas d'alerte aérienne, il ne faut pas avoir l'air de s'attendre à ce que les enfants aient peur ; bien au contraire, il faut leur montrer que l'on attend d'eux tout naturellement le plus complet sang-froid ;

5° Il est prudent d'enseigner aux enfants à ne pas croire tous les bruits qui courent ; il faut les maintenir dans la discipline du travail et dans leurs jeux habituels et ne pas s'inquiéter si, parfois, ils présentent quelques signes de nervosité.

René CHARPENTIER.

La pédagogie des enfants difficiles, par Edouard LARAVOIRE, directeur du Service d'observation des écoles de Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, décembre 1942).

L'auteur donne de judicieux principes d'éducation, basés sur des faits multiples observés dans les consultations medico-pédagogiques et dans des classes pour inadaptés. Après un rappel des conditions familiales nécessaires et des conséquences, pour la formation de l'enfant, de foyers désunis ou de familles nerveuses, M. Ed. Laravoire montre que beaucoup d'enfants malades vivent sur un plan affectif qui n'est ni celui des adultes, ni celui des enfants, et cite des exemples d'erreurs ou de difficultés d'éducation.

L'entrée à l'école est un grand événement dans la vie de l'enfant, et bien des facteurs entrent en jeu dans l'enseignement collectif. Cas « psychiatriques » mis à part, tous les enfants difficiles confiés à d'excellents éducateurs se sont améliorés. Leur comportement en a bénéficié autant que leur instruction. L'enfant auquel s'adresse l'éducateur est à la fois un être physique, intellectuel et affectif. Il a besoin d'une vie physique intense, de grands jeux de plein air. Sa vie intellectuelle obéit à des lois dont beaucoup sont encore obscures ; il manifeste des intérêts, des curiosités dont les auteurs ont montré l'évolution et que rappelle M. Laravoire en résumant les principes auxquels doit obéir, les écueils que doit éviter un enseignement méthodique, collectif, hygiéniquement conduit. Pour l'évolution normale de son affectivité, l'enfant a besoin de la compréhension réciproque de

la famille et de l'école et le maître doit s'efforcer d'y parvenir par des entretiens avec chaque famille. Jusqu'à 11 ou 12 ans, l'enfant a besoin de l'autorité, c'est seulement à partir de 12 ou 13 ans que, peu à peu, chez les élèves intelligents, d'esprit constructif, l'autorité du maître cède à une autonomie relative. La preuve est faite dans les classes d'enfants difficiles que, pratiquée par un maître adroit, ferme et bienveillant, la méthode de l'encouragement donne de bons résultats : il faut faire table rase des fautes passées, provoquer une détente, liquider les souvenirs traumatisants. L'esprit de concurrence et de compétition doit s'allier à l'esprit d'entraide, à l'instinct fraternel. Stimulée par le travail, la joie, l'optimisme, sans cesse entretenue par l'éducation des tendances supérieures, ainsi s'épanouira la vie affective. L'enseignement n'est pas qu'une affaire de programmes et de méthodes. Bien des problèmes se posent encore à l'expérience et à la pédagogie expérimentale.

Alors que la délinquance juvénile a tendance à augmenter, l'auteur se réjouit de constater qu'à Genève, en 1940, aucun ancien élève d'une classe spéciale pour arriérés ne fut parmi les délinquants déferés à la Chambre pénale de l'enfance. L'autorité scolaire doit adapter un régime pédagogique approprié aux troubles du comportement rebelles à l'action pédagogique dans les classes normales. Enfants atteints d'instabilité psycho-motrice, émotifs, puérils ou retardés, ou présentant des tares morales, doivent être soumis à l'examen d'une consultation médico-pédagogique et à un traitement, parfois à une observation prolongée. Des renseignements sur les conditions du milieu familial et scolaire sont nécessaires, ajoutés à ceux sur l'état physique, intellectuel et affectif de l'enfant. Dans tous les cas qui ne comportent ni perversité foncière, ni troubles psychiatriques graves, les moyens pédagogiques et les traitements médicaux agiront efficacement.

René CHARPENTIER.

L'activité manuelle et l'éducation des enfants difficiles, par John CHAMBORDON, éducateur à Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, décembre 1942).

L'école-jardin pour enfants difficiles fait à l'activité manuelle une place prépondérante et l'expérience montre que cela répond à un besoin. Activité manuelle et travail scolaire sont autant que possible unis l'un à l'autre par la méthode des centres d'intérêt. L'activité manuelle y est comprise, non comme un but, mais comme un moyen pédagogique, lequel donne les résultats les plus encourageants. L'école ne vise pas à former des apprentis, mais à déceler et à développer les aptitudes manuelles. Et ce sont les travaux d'atelier, travaux manuels proprement dits, qui exercent sur ces enfants la plus forte attraction. Secondé par l'initiative privée, l'Etat de Genève a doté l'école de locaux, de matériel, de fournitures, permettant de travailler dans les meilleures conditions.

Ni le désordre, ni l'indiscipline ne sont admis et l'enfant reçoit, avec des notions suffisantes de technique, une méthode de travail, celui-ci n'étant pas laissé à sa fantaisie. Il faut rester dans le cadre des possibilités de l'élève tout en réalisant quelque chose ayant une valeur pratique. Les travaux sont imposés, mais de telle façon que l'enfant ait l'impression d'avoir librement choisi son travail. Il serait mauvais de laisser un enfant com-

mencer un travail trop au-dessus de ses moyens, il irait au devant d'une échec qui le découragerait. Le travail du carton, du bois, le hricolage qui développe l'initiative, le jardinage qui sert de trait d'union entre les parents et les maîtres, qui développe l'entraide entre petits et grands et qui favorise le développement physique de l'enfant, sont particulièrement utilisés. L'impulsif apprendra à discipliner ses mouvements, l'enfant nerveux acquerra le soin, l'adresse, l'exactitude. Puis, toute la vie scolaire en est influencée, le travail scolaire s'améliore, le comportement se modifie peu à peu. Par l'observation des plantes et des animaux, les enfants sont intéressés aux choses de la nature, au respect de ce qui vit afin de lutter contre l'instinct de destruction, souvent si violent chez ces enfants.

En liaison avec les centres d'intérêt, des excursions scolaires, à pied, à bicyclette, établissent le contact entre maîtres et élèves sous un jour différent de celui de l'école. Mais parmi les moyens éducatifs applicables aux enfants difficiles, l'activité manuelle constitue la pierre angulaire. Elle maintient le contact avec la vie pratique. On ne saurait trop l'utiliser dans la mesure du possible.

René CHARPENTIER.

Les écoles en plein air, leur utilité au point de vue de l'hygiène mentale,
par le Dr RILMIET, médecin-inspecteur chef des écoles de Genève (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, décembre 1942).

Si Baginski eut, en 1881, le premier, l'idée des écoles en plein air, la première de ces écoles ne fut créée qu'en 1904 à Charlottenburg.

A Genève, l'école en plein air du Bois de la Bâtie fut inaugurée le 12 mai 1913, dans le but de préserver les enfants de la tuberculose par la cure de soleil, la vie en plein air, une nourriture fortifiante. Mais depuis, le développement des œuvres anti-tuberculeuses, préventoriums, colonies d'altitude, sanatoriums héliomarins, l'ayant rendue moins nécessaire aux candidats à la tuberculose, cet externat reçut de nombreux enfants nerveux ayant de la peine à suivre la classe normale, nombreuse, d'une école de ville.

Ces enfants nerveux trouvent là le calme, en dehors de leur milieu pendant toute la journée, dans une école vaste, où les enfants sont peu nombreux, dans un endroit tranquille, la vie régulière en plein air, des promenades instructives quotidiennes, une séance quotidienne de gymnastique, une sieste chaque jour, un travail individuellement réglé fait entièrement à l'école et sous la direction du maître. L'école a non seulement une valeur instructive, mais une valeur éducative, hygiène alimentaire, hygiène corporelle. L'enfant, qui s'aguerrit pendant l'automne, est bien préparé au début de l'hiver à supporter le régime de plein air.

Restant sans cesse raccordée à l'école normale, cette école est utile à des enfants nerveux, habiles, mal adaptés, mais elle n'est pas destinée à des enfants arriérés ou pervers ou présentant des troubles accentués du caractère. Actuellement, 50 0/0 des élèves sont des nerveux. Ces résultats engagent à créer des écoles analogues en les adaptant à des catégories bien définies d'enfants.

René CHARPENTIER.

Législation et Hygiène mentale dans le canton de Vaud, par le Dr L. BOVET (de Lausanne) (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943).

Cet exposé de ce qui a été fait en Suisse, dans le canton de Vaud, pour l'hygiène mentale de l'enfance intéressera vivement nos lecteurs français. Bien des réalisations effectuées, et en particulier celles concernant les mineurs, les alcooliques, sont en effet au premier plan de nos préoccupations.

Tout d'abord, et ceci est une conséquence de la loi du 23 mai 1939 sur les malades mentaux et autres psychopathes, il a été établi un règlement concernant la profession de garde-malade pour les malades nerveux et mentaux (14 mars 1942) qui impose, pour pratiquer la profession d'infirmier psychiatrique, l'obtention d'un diplôme institué par la Société suisse de psychiatrie.

La même loi contient un article 32 qui autorise la stérilisation dans un but eugénique. Nos lecteurs apprendront avec intérêt que cet article n'a été jusqu'ici que fort peu utilisé : 20 stérilisations en 1941, 10 en 1942, ...et toutes pratiquées sur des femmes. Cet article autorise aussi implicitement l'interruption de grossesse pour motifs eugéniques, mais cette autorisation a été très limitée par la mise en vigueur du récent Code pénal suisse.

La loi du 5 février 1941 sur l'internement des alcooliques a institué un « Office central de surveillance et de thérapeutique anti-alcooliques » appelé à devenir une arme extrêmement efficace, et dans lequel il a été prévu une grande place à la collaboration médicale.

La loi du 8 décembre 1941 sur l'internement administratif d'éléments dangereux pour la Société a permis aux autorités de sévir efficacement contre les prostituées et les souteneurs. Certains, cependant, ont émis l'avis que l'internement d'un grand nombre de prostituées aurait eu pour conséquence l'augmentation de l'homosexualité et de la pédophilie.

Les dispositions du Code pénal suisse concernant le patronage ont amené l'Etat à demander la collaboration d'organismes privés et celle de la polyclinique psychiatrique.

Signalons encore la loi d'application du 3 décembre 1940 sur la juridiction des mineurs, conséquence également du Code pénal suisse, l'organisation d'une « Chambre pénale des mineurs » dont l'organe exécutif est l'« Office cantonal des mineurs » et l'institution d'un « Office médico-pédagogique vandois », organisme consultatif et thérapeutique. La largeur de vues de l'autorité exécutive cantonale, et en particulier du chef du Département de Justice et Police, a permis un travail fructueux. L'Office attache une grande importance, chaque fois que c'est possible, au traitement ambulatoire des cas qui lui sont confiés : son chef est un psychiatre. Il dispose d'une maison d'observation médico-pédagogique. Cet Office est un excellent instrument de travail qui a déjà eu plus de 300 enfants à examiner dans les huit premiers mois de son existence.

Parmi les tâches envisagées pour l'avenir, le Dr L. Bovet signale la coordination et la réorganisation des maisons d'éducation et d'observation pour mineurs, la constitution d'un fichier central des noms et particularités des familles aptes à recevoir en placement familial des enfants difficiles, l'instruction technique du personnel des maisons d'éducation, l'instruction psychologique, théorique et pratique, du corps enseignant, souvent peu au courant des problèmes de la vie affective de l'enfant, de son développement, de

ses stades et de ses troubles. Il faudrait aussi, ajoute-t-il, initier à ces problèmes de la vie affective de l'enfant tous ceux qui peuvent occasionnellement avoir à s'occuper d'enfants difficiles : travailleurs sociaux, délégués de patronage, délégués à la liberté surveillée, tuteurs, pasteurs, chefs scouts, infirmières-visiteuses, etc., faire des conférences au grand public.

Pour toutes ces tâches si importantes, il faudra *former des cadres*, cadres médicaux de jeunes psychiatres, et même des psychothérapeutes féminines, constituées en une profession reconnue, dont l'action médico-pédagogique serait préparée par des études spéciales.

René CHARPENTIER.

L'hygiène mentale et l'application du Code pénal suisse, en particulier du Code des mineurs, par le Dr A. REPOND (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943).

A propos du nouveau Code pénal suisse récemment mis en vigueur, après une longue gestation de plus de cinquante ans, M. André Repond constate que l'unification qui en résulte permettra aux cantons suisses de mieux lutter contre la criminalité à une époque de bouleversement des notions morales essentielles. De ces crises psychologiques des peuples, enfants et adolescents sont le baromètre le plus sensible. Dès 1940, en tous pays (et non seulement dans les pays en guerre), il a été enregistré une grosse augmentation de la délinquance infantile et juvénile. Pour la plupart des cantons suisses, le Code pénal des mineurs, qui tend expressément par des mesures éducatives et thérapeutiques à l'amélioration ou à la guérison des délinquants, est une innovation.

La prophylaxie de la délinquance est l'une des tâches que s'est assignée l'hygiène mentale, et M. André Repond exprime le regret que ni la psychiatrie infantile, ni l'hygiène mentale n'aient été appelées à participer à la rédaction du Code des mineurs. Cependant, les articles de ce Code laissent une large place à l'action des méthodes psychiatriques et médico-pédagogiques. En très grande majorité, les vrais délinquants infantiles et juvéniles (dans 52 cas sur 64 examinés par l'auteur), présentent des troubles de l'équilibre psychique. Les enquêtes et informations doivent donc être nécessairement complétées par des examens psychologiques confiés à des personnes compétentes. La mise en observation a été prévue par le Code, mais les possibilités actuelles de mise en observation sont encore trop restreintes. Chaque établissement psychiatrique cantonal devrait avoir en annexe un service d'observation et de traitement pour enfants et adolescents. Mais c'est bien avant l'acte punissable que doit s'exercer par le service médico-pédagogique le dépistage et le traitement des tendances dissociales, la prophylaxie de la délinquance. Il appartient aux psychiatres de prendre l'initiative de la création de telles institutions, de services d'observation, de traitement, cliniques ou polycliniques, pour les si nombreux enfants et adolescents difficiles, nerveux, dissociaux et délinquants. Il convient pour cela que les psychiatres recherchent le contact et, si possible, une collaboration active avec les avocats, les offices et les tribunaux des mineurs.

Pour lutter contre la délinquance des mineurs, l'hygiène mentale doit s'intéresser également à l'exécution et au contrôle des mesures ordonnées par les autorités compétentes. Là encore se fait sentir le manque d'institutions voulues, qu'il s'agisse de services sociaux ou médico-pédagogiques, de

stations d'observation psychiatrique, ou de maisons spécialisées de rééducation. Et dans certaines des institutions qui existent, l'esprit et les méthodes éducatives ont grand besoin d'être modifiées. Un délai de vingt ans a été prévu qui pourra permettre la mise au point des œuvres nécessaires. Profitant des expériences déjà réalisées, en particulier par les services médico-psychologiques valaisan, vaudois, neuchâtelois, les psychiatres se doivent d'étudier, au point de vue pratique, la création de services d'hygiène mentale de l'enfance, aussi actifs et efficaces que possible tout en ne nécessitant que des dépenses relativement minimales, en collaboration avec les services ou institutions consacrés à l'observation et au traitement des enfants et adolescents difficiles et anormaux.

Cette conclusion du Dr André Repond s'impose dans d'autres pays autant qu'en Suisse, et parfois avec un plus grand retard à rattrapper. Pour cette tâche, aussi importante que trop souvent méconnue par ceux-là mêmes qui manifestent leur intérêt aux questions concernant l'enfance, aucun découragement ne saurait trouver place. Car si bien des préjugés sont à combattre, si bien des difficultés sont à surmonter, la preuve est faite que de telles organisations, de telles collaborations fonctionnent avec succès et rendent les plus grands services.

René CHARPENTIER.

Problèmes d'hygiène mentale des alcooliques et des psychopathes, en relation avec le nouveau Code pénal, par le Dr F. R. HUMBERT (de Bellelay) *Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943).

D'après l'article 44, le juge peut ordonner que le condamné pour crime ou délit commis sous l'influence de la boisson soit envoyé dans un asile pour buveurs, pour deux ans au maximum, *soit après exécution de la peine, soit en remplacement de la peine* « si l'état du condamné le justifie ». Pour cela, le juge ne saurait se passer de l'avis d'un psychiatre.

Dans le canton de Berne, avant toute condamnation, un décret hernois sur la lutte contre l'alcoolisme, en date du 24 février 1942, prévoit que les organes d'assistance aux buveurs peuvent proposer aux autorités cantonales ou communales l'internement dans une maison de travail, ou dans un asile de buveurs, ou dans une maison de santé. Le Dr F.-R. Humbert montre par des exemples que, seul le psychiatre peut indiquer le mode de placement approprié : établissement de rééducation pour buveurs, hôpital psychiatrique, maison de travail, internement, et dire à quel moment est opportun l'un ou l'autre de ces établissements. Sans cette différenciation, les asiles de buveurs deviendraient des demi-pénitenciers où refuseraient de se rendre les buveurs non délinquants, lucides et conscients.

Pour les *psychopathes adultes* à responsabilité atténuée ou diminuée, la possibilité pour le Tribunal de les envoyer systématiquement dans un hôpital psychiatrique (art. 14 et 15) menace ces hôpitaux de l'engorgement. Mais l'article 389 prévoit que « la Confédération peut subventionner la création d'asiles destinés aux aliénés dangereux, dont le juge a ordonné l'internement, ainsi que la création, dans des asiles d'aliénés, de quartiers spéciaux affectés à la même destination ». M. Humbert s'élève avec vigueur contre les quartiers spéciaux pour psychopathes criminels annexés à des hôpitaux psychiatriques au risque de discréditer ces derniers auprès du

public. Il demande que ces « asiles destinés aux aliénés dangereux » soient annexés à des pénitenciers déjà existants. Là seraient détenus les psychopathes criminels n'ayant pas besoin de soins psychiatriques réguliers, internés par les tribunaux pour des raisons de sécurité publique. Sections spéciales du pénitencier, pourvues de consultations régulières d'un psychiatre, sans compétences administratives, qui aurait la charge de trier les cas, de renvoyer les malades ayant besoin de soins dans un hôpital psychiatrique, de donner des conseils psychologiques pour le traitement, les occupations des autres.

N'est-il pas à craindre que, pour cette tâche, indispensable, les consultations régulières prévues par M. Humbert risquent de se montrer insuffisantes. Il ne semble pas qu'un médecin psychiatre placé dans ces conditions puisse avoir une autorité suffisante pour obtenir de l'administration et du personnel, personnel qui devrait d'ailleurs être un personnel spécialisé, l'exécution fidèle de ses instructions. Dans l'annexe psychiatrique d'un établissement pénitencier, une visite médicale quotidienne, une direction psychiatrique continue paraissent indispensables à l'obtention de résultats et ne sont pas incompatibles avec les prérogatives de l'administration pénitentiaire. Le psychiatre pourrait d'ailleurs, avec bénéfice, être également chargé d'examiner, le cas échéant, les autres détenus, parmi lesquels un triage serait de nature à assurer une meilleure protection sociale en même temps que d'utiles mesures thérapeutiques. Mais ce sont là des détails d'organisation qui ne diminuent en rien la nécessité, l'urgence de la création d'annexes psychiatriques par l'administration pénitentiaire et leur généralisation.

Quant aux malades atteints de « psychoses profondes » ayant commis au cours de leur maladie, toujours en évolution, un délit ou un crime, leur place est à l'hôpital psychiatrique.

Pour les mineurs, après avoir rappelé les expériences faites dans le Jura bernois, où l'examen psychiatrique est demandé avant toute mesure répressive dès le moindre signe d'anomalie et est suivi, s'il y a lieu, de mise en observation ou en traitement, M. Humbert laisse prévoir l'organisation prochaine dans la partie romande du canton de Berne d'un service médico-pédagogique sur le modèle de celui organisé avec tant de succès dans le canton du Valais sous la direction du Dr André Repond.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

L'assistance aux psychopathes asociaux et délinquants, par le Dr H. BERSOT (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943).

D'une enquête faite en Suisse auprès des médecins-directeurs des établissements psychiatriques cantonaux, le Dr H. Bersot dégage des conclusions que l'on peut résumer ainsi. L'équipement actuel est insuffisant pour répondre aux exigences du nouveau Code pénal suisse à l'égard des délinquants psychopathes (adultes et enfants). En grande majorité, les psychiatres suisses déplorent de devoir garder dans leurs établissements des sujets difficiles et dangereux et demandent, pour ces sujets, la création d'établissements spéciaux. Pour toute la Suisse, quelques établissements intercantonaux suffiraient.

Pour les enfants et les jeunes gens, délinquants, psychopathes, il est demandé de développer encore les polycliniques et les consultations pour enfants difficiles, de créer aussi, d'urgence, des maisons intercantionales d'observation psychiatrique où les enfants pourraient, dès l'ouverture de l'enquête, être placés, observés et éventuellement traités.

René CHARPENTIER.

L'assistance aux alcooliques, par le Dr H. Bersot (18 pages in *Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène, Hygiène mentale*, avril-mai 1943).

On trouvera dans cet exposé très précis et très complet tous les renseignements concernant la lutte contre l'alcoolisme en Suisse depuis ses débuts, vers la fin du XVIII^e siècle. La première *Société de tempérance* fut fondée à Plainpalais en 1830. Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX^e siècle que prit corps, sous l'influence de l'initiative privée et à l'imitation de l'étranger, le mouvement anti-alcoolique. De nombreuses Sociétés d'abstinence, des Ligues se fondent et rendent d'immenses services sous l'impulsion de remarquables dévouements. Des asiles pour buveurs, des dispensaires se créent, des agents vont visiter les buveurs à domicile. Viennent des interventions officielles, d'abord à tendance répressive, puis à tendance éducative et thérapeutique. Le Code civil mentionne l'ivrognerie parmi les causes justifiant la mise sous tutelle, l'internement dans un asile. Le nouveau Code pénal fédéral prévoit la mise sous surveillance et l'internement des « buveurs d'habitude » et diverses mesures concernant les délinquants sous l'influence d'un excès occasionnel d'alcool, les « intolérants ». De juridique, d'assistance, le problème est devenu médical, psychiatrique, psychothérapeutique.

L'équipement anti-alcoolique comprend en Suisse les législations cantonales (variables, qui font souhaiter à M. H. Bersot la mise à l'étude d'une loi fédérale contre l'alcoolisme comme il en existe une contre la tuberculose), les asiles pour buveurs (dont M. H. Bersot estime le nombre insuffisant, où le traitement n'obtient de succès que s'il est précoce et prolongé et pour lesquels doivent être désignés des directeurs spécialement formés), les dispensaires anti-alcooliques (que M. H. Bersot désirerait plus nombreux, plus complets, plus actifs, pourvus d'agents mieux formés, de techniciens spécialement éduqués), l'assistance psychiatrique (établissements cantonaux et polycliniques psychiatriques, où les alcooliques sont traités, assistés, et où est formé le personnel des asiles et des dispensaires), et enfin les Sociétés anti-alcooliques et autres groupements participant à la lutte contre l'alcoolisme (ces Sociétés, au nombre desquelles la Croix-Bleue et l'Ordre international des Bons-Templiers, créé par Auguste Forel, constituent en Suisse un rouage essentiel de la lutte anti-alcoolique ; elles groupent 50.000 à 55.000 membres adultes et environ 50.000 enfants).

Pour accentuer la lutte contre l'alcoolisme, en plus des améliorations indiquées ci-dessus par lui comme souhaitables, M. H. Bersot conseille de favoriser la création de groupements anti-alcooliques, de stimuler l'action des sociétés existantes, d'encourager l'éducation anti-alcoolique, de soutenir la propagande en faveur des boissons sans alcool et de l'utilisation non alcoolique des fruits, d'aider au développement des auberges sans alcool ainsi que le développement des Foyers pour tous, et des Foyers du soldat.

René CHARPENTIER.

Diminution de l'aliénation mentale pendant la guerre, par Xavier ABÉLY
(*La Presse médicale*, 17 juin 1944).

Il convient d'attirer l'attention sur cet important travail de M. Xavier Abély, qui tend à redresser une erreur préjudiciable à l'assistance psychiatrique de l'après-guerre. Comme le montre fort bien l'auteur, ce serait une erreur grosse de conséquences que de tirer des conclusions hâtives de la diminution actuelle du nombre des internements dans les hôpitaux psychiatriques, diminution qui, si elle correspond en partie, mais en partie seulement, à une diminution, peut-être malheureusement passagère, de l'alcoolisme, tient davantage à des causes sociales et familiales nées de la guerre et qui disparaîtront avec elle. La diminution actuelle du nombre des internements n'indique pas nécessairement une diminution, qui serait paradoxale, des troubles neuro-psychiques, exception faite de ceux causés ou aggravés par l'intoxication alcoolique. Le total annuel des internements pour alcoolisme dans le département de la Seine, avant la guerre actuelle, n'a d'ailleurs jamais dépassé 15 0/0. On semble en avoir exagéré le rôle, déjà très regrettable ainsi et qu'il faudra s'appliquer à maintenir au taux actuel, si l'on ne peut même atteindre un taux inférieur.

Les raisons de la diminution du nombre des internements pendant la guerre actuelle sont complexes et M. Xavier Abély étudie successivement celles qui résultent ou pourraient résulter de la diminution de la population, de la diminution de l'alcoolisme, de l'association de ces deux facteurs, des conditions actuelles de vie, des restrictions alimentaires, de conditions sociales et économiques diverses, de modifications de la vie familiale, de la réduction des ressources, de l'augmentation du prix de journée dans les établissements psychiatriques, etc. Ne faut-il pas ajouter à ces causes la dispersion des familles et la dispersion des organismes d'assistance psychiatrique sous l'influence de la destruction des établissements, de leur réquisition, de leur changement d'affectation ? M. Xavier Abély note aussi ce fait intéressant, qu'est, au moins dans les hôpitaux psychiatriques, de la diminution des psychoses d'origine affective.

Toutes ces causes, ajoute-t-il avec raison, sont occasionnelles et superficielles ; elles ne seront qu'héphemères. De même, il faut l'espérer, que cette autre cause de dépeuplement des asiles qu'est l'aggravation considérable de la mortalité. N'oublions pas les leçons du passé. A la suite de chaque période troublée, les troubles mentaux se manifestent en plus grand nombre. N'oublions pas, ainsi que le rappelle fort opportunément M. Xavier Abély, que si en 1918, on songeait à désaffecter des établissements d'assistance psychiatrique, il fallut peu après se préoccuper d'en installer de nouveaux. N'oublions pas enfin que notre assistance psychiatrique se montrait déjà avant la guerre actuelle insuffisante à ses besoins et que sa réorganisation, après la guerre, imposera la nécessité d'une mise au point qu'on ne saurait éluder. On peut, hélas, prévoir dès maintenant que cette mise au point ne se traduira pas par une diminution des besoins. Serait-il sage, dans ces conditions, au nom d'une réduction passagère du nombre de malades, de se priver aujourd'hui d'établissements dont le besoin, demain, se ferait impérieusement sentir ?

René CHARPENTIER.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 10 juillet 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1944*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 novembre 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1944*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le Dr Maurice OLIVIER, Médecin-Directeur honoraire de l'hôpital psychiatrique de Blois, ancien président du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, ancien président de l'Association amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques, *membre titulaire de la Société médico-psychologique* ;

M. le Dr Achille SANTENOISE, Médecin-Chef honoraire des hôpitaux psychiatriques, *membre titulaire de la Société médico-psychologique* ;

M. le Dr Emile ADAM, Médecin-Chef de la Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain), *membre correspondant national de la Société médico-psychologique*.

ASSISTANCE

La mortalité par restrictions alimentaires dans les hôpitaux psychiatriques

A propos de la morbidité et de la mortalité des malades hospitalisés dans les établissements psychiatriques sous l'influence des « restrictions alimentaires », on relira sans doute avec intérêt ces lignes de Ph. Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition, Paris, an 1809) :

« Il suffit de rappeler ici aux amis de l'ordre quelques faits dont j'ai été « témoin oculaire, et dont le souvenir ne peut être que douloureux pour « l'homme le moins sensible. C'est en calculant sagement les besoins des « aliénés que la ration journalière du pain de ceux de Bicêtre fut portée « à un kilogramme sous l'Assemblée constituante, et j'avois vu pendant « deux années les avantages de cette disposition salutaire. Je cessai d'être « médecin de cet hospice ; mais dans une de ces visites de bienveillance « que je rendois de temps en temps aux aliénés (4 brumaire, an 4), j'appris que la ration de pain avoit été réduite à sept hectogrammes et demi, « et je vis plusieurs des anciens convalescens retombés dans un état de « fureur maniaque, en s'écriant qu'on les faisoit mourir de faim. Les progrès déléterés de la disette furent encore bien plus marqués dans la suite, « puisque la ration de pain fut successivement réduite à environ cinq, « quatre, trois, et même deux hectogrammes, en y ajoutant un léger supplément de biscuit, souvent très défectueux. L'effet fut tel qu'on devoit « l'attendre pour les suites, et il a été constaté que pendant deux mois « seulement (pluviôse et ventôse, an 4), le nombre total des morts dans « l'hospice des aliénés a été de vingt-neuf, tandis que celui de l'an 2 en « entier n'avoit été que de vingt-sept. Résultat analogue, mais encore plus « prompt et plus déplorable pour les aliénés de la Salpêtrière, puisque « dans le cours de brumaire de l'an 4, la mortalité fut de cinquante-six par « la fréquence extrême des flux de ventre colliquatifs et des dysenteries. »

Et Philippe Pinel ajoute en note, au bas de la page 233 :

« Je fus chargé à cette époque, par l'administration, de rechercher les causes de cette mortalité, d'après une observation exacte des maladies régnantes, et voici quelle fut la conclusion de mon rapport » :

« Je pense qu'on doit attribuer principalement cette mortalité à la disette qui a régné pendant le printemps et l'été dernier dans la section des aliénés. En effet, avant le 1^{er} germinal, chaque aliéné avoit une livre et demie de pain par jour, et on en accordait cent livres pour la soupe de tout l'hospice. Au 1^{er} germinal, les cent livres furent supprimées, et la ration de pain pour chaque aliéné fut réduite à une livre jusqu'au 15 du

« même mois. Depuis le 15 jusqu'au 30, la ration ne fut que de douze onces.
 « La diminution fut portée encore plus loin les huit premiers jours de
 « floréal, puisque cette ration de pain n'étoit que de huit onces. A cette
 « époque, on accorda du biscuit de mer pour la soupe ; mais on rebrancha
 « sur tout l'hospice deux cents livres de pain, ce qui réduisit la ration ordi-
 « naire à six onces. Lorsque le biscuit fut supprimé, le 1^{er} thermidor, on
 « revint à la ration de douze onces de pain. On connoît la voracité des alié-
 « nés de l'un et l'autre sexe. La disette a donc porté principalement sur
 « l'hospice des aliénés, et les suites ont été des flux de ventre séreux et des
 « dysenteries funestes. »

« Bicêtre, 27 brumaire, an 4. »

Ph. PINEL.

Seizième partie de l'ancienne livre française, l'once, on le sait, corres-pond à un poids de 30 gr. 59. La ration minima de pain, celle de six onces, pesait donc un peu plus de 180 grammes, ne fut maintenue que peu de temps et fut bientôt portée à douze onces, soit 365 gr. environ par jour.

Sans doute, serait-on encore heureux de la recevoir à une époque où la ration dite normale, dans la région de la France où je me trouve, comme sans doute dans beaucoup d'autres, après avoir été successivement rame-née quotidiennement de 300 grammes de pain, à 250 grammes, puis à 125 grammes, théoriquement, n'est souvent que de 100 grammes ou même de 75 grammes par jour, les jours et les semaines où le pain ne manque pas complètement. Mais là n'est pas la question.

Ce rapport de Pinel contient des chiffres de rationnement et de mortalité qu'il est intéressant de comparer avec les chiffres de rationnement et de l'effroyable mortalité dans les hôpitaux psychiatriques pendant les dernières années. Il n'est en effet question que de diminution de la ration de pain dans le rapport de Pinel, et seulement pendant le printemps et l'été de l'an 4. Or, le tableau du régime habituel des aliénées de la Salpêtrière (annexé entre les pages 234 et 235) ajoute chaque semaine à une ration quotidienne de 720 grammes de pain : 1 kg. 250 de viande, un demi-litre de haricots ou lentilles, 70 grammes de riz, 180 grammes de pruneaux, 120 grammes de fromage, 200 grammes de raisiné, 672 centilitres de bouillon (96 centilitres par jour). Pinel ne dit pas que ces rations aient été diminuées. Il faut joindre à ces aliments les pommes de terre, choux, choucroute, épinards, oseille, potiron, alternant, pendant leur saison, avec les haricots, ainsi que la salade et les fruits (cerises, groseilles, abricots, prunes, poires, raisin) en remplacement de fromage. A cela, il faut encore ajouter, au-dessus de 70 ans, une ration quotidienne de vin variant, suivant l'âge (70, 75, 80, 85 ans) de 12 à 24, 36 et 50 centilitres. « Le vin pur, écrit Pinel, est loin de convenir à une aliénée agitée ou furieuse, et il est pro-« pre à fortifier une femme âgée et réduite à un état de démence sénile. » Laissons-lui la responsabilité de cette affirmation sur l'opportunité et le bien-fondé de l'attribution à des déments séniles d'un demi-litre de vin par jour...

Comme les faits récents, les faits et les chiffres ci-dessus donneraient, s'il en était besoin, la preuve qu'en période de disette, les aliénés résistent moins bien aux restrictions alimentaires que la population normale. C'est un devoir d'humanité en même temps qu'une nécessité thérapeutique de leur attribuer, dans toute la mesure du possible, une ration non pas infé-

ricure mais supérieure à la ration anormale imposée par les circonstances aux gens bien portants, une ration correspondant à leurs besoins et *permettant leur guérison*. Ces dernières années n'ont que trop permis de le constater.

Prétendre le contraire serait tout ignorer de la psychiatrie, de ses nécessités, de ses résultats thérapeutiques, ignorer ce dont, grâce à Pinel, étaient instruits les médecins et les administrateurs de l'an 4, qui s'en préoccupaient.

On le savait si bien alors que, note Pinel (page 236) : « Dans l'établissement du docteur Esquirol, la nourriture est en général abondante, propre à fortifier et prise des alimens les plus sains apprêtés d'ailleurs sans épices. Le déjeuner est distribué à neuf heures, et varie suivant l'état et les dispositions particulières de l'aliéné ; on a besoin quelquefois de faire servir un second déjeuner à quelques-uns d'entre eux... » Est-il besoin d'insister ? Est-il besoin de constater une fois de plus combien sont vite oubliés les enseignements et les expériences du passé quand cessent les conditions de ces expériences. De nouvelles préoccupations prennent la place des anciennes. Un jour vient où l'histoire se renouvelant, celles-ci s'imposent à nouveau.

R. C.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUÉSLANT (*personnel intéressé*). — 68.996. — 1944

C. O. A. L. 31.2330. — Dépôt légal : IV-1944

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE ET PROPHYLAXIE MENTALE

*Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique
en France*

PAR

RENÉ CHARPENTIER

UNE RÉFORME URGENTE

« Utilité et convenance de la réforme, importance de cette œuvre considérable, légitimité de cette dépense obligatoire, insuffisance et inconvénients du régime actuel, imminence de l'accroissement du nombre des aliénés au delà des limites actuelles, application large de toutes les conquêtes de la science à l'organisation du service, tels sont les points fondamentaux sur lesquels la commission a été unanimement d'accord avec l'éminent magistrat qui la présidait. »

C'est bien de la réforme de l'assistance psychiatrique dont il s'agit dans les lignes ci-dessus et voilà, pensera-t-on, une heureuse nouvelle de nature à calmer bien des appréhensions, à consoler de bien des déceptions, tous ceux qui pensent

que « l'aliénation mentale n'est pas seulement un danger qu'il faut écarter, mais surtout une infirmité ou une maladie à laquelle la loi de 1838 a donné droit de cité dans le large domaine de l'assistance publique ».

« Aussi la voyons-nous (cette commission) proclamer bien haut par l'organe de son rapporteur que la réorganisation du service des aliénés est une dette sacrée qu'il faut acquitter largement, et qu'on ne peut mettre trop de dévouement au service de cette désespérante infirmité. »

Mais, ainsi que le donnent à penser ces derniers mots, bien des cas que l'on jugeait alors « désespérés », n'entraînant plus aujourd'hui un pronostic aussi pessimiste, les lignes ci-dessus datent de 1862. Elles figurent sous la signature de Renaudin dans les pages 535 à 538 du volume des *Annales médico-psychologiques* publié cette année-là par Baillarger, Cerise et Moreau de Tours. Elles reproduisent les conclusions d'une commission présidée par le baron Haussmann, conclusions rédigées par Ferdinand Barrot, rapporteur, après une « enquête minutieuse entreprise, d'après les ordres de M. le Préfet de la Seine, par notre savant confrère, le Dr Girard de Cailleux ». Ce n'est pas la faute du baron Haussmann ni de Girard de Cailleux si près d'un siècle plus tard il nous faut de nouveau constater dans les mêmes termes l'urgence du problème.

Oui, je sais, il y a des réformes plus urgentes. Au moins on l'affirme. En est-on bien sûr ? Dans ces crises politico-sociales que l'on qualifie de périodes révolutionnaires est-il vraiment besogne plus urgente que de veiller à l'équilibre psychique, à l'hygiène mentale de la Nation, c'est-à-dire des individus qui la composent ? De tous côtés, on fait appel au « caractère », à l'« enthousiasme ». Attention ! Sous le mot « caractère » le public entend des choses bien différentes. Et le caractère ne saurait suppléer à l'intelligence, au jugement, au savoir, à l'expérience, à l'équilibre : il ne peut être utilement que leur serviteur. Serviteur indispensable, soit, mais leur serviteur. Mis au service de l'incompréhension et de la sottise, ce qu'on nomme le « caractère » ne peut qu'en enrichir les navrantes conséquences (1).

(1) Cet article, dont la publication a été retardée, fut, on le voit, rédigé en 1942. (La grande pitié de notre assistance psychiatrique n'ayant fait qu'augmenter depuis cette date, avec les destructions nouvelles, le but de cet exposé ne semble cependant avoir en rien perdu de son actualité).

Quant aux enthousiastes, s'il convient parfois de les admirer, souvent de les utiliser, il faut toujours s'en méfier. Ressource favorite de partis politiques, qui s'en servent comme d'un puissant levier, l'enthousiasme, pour être légitime, doit être judicieusement orienté. Si, comme l'écrivait Voltaire à d'Argental, le 31 août 1761, « rien ne se fait sans un peu d'enthousiasme », il serait peu sage d'oublier quels sont les sujets les plus prompts à l'enthousiasme. Il est un enthousiasme normal, généreux, celui par exemple de l'adolescent qui s'éveille à la vie sociale, plus riche de bon vouloir que de connaissances, mais il est un enthousiasme pathologique, celui des déséquilibrés et des instables, enthousiasme aussi soudain que variable, illimité dans ses aspirations, déraisonnable dans le choix des moyens, et dont le plus souvent on ne peut que déplorer les résultats. Il faut se garder de l'oublier (1).

Il n'est peut-être actuellement rien de plus urgent que de veiller à la santé physique et à l'équilibre psychique de la Nation. Il est indispensable, assurément, de préparer des corps sains : les mesures prises ou à prendre y réussiront si elles sont appliquées sans excès, en tenant compte sagement des possibilités alimentaires et de la résistance physique des sujets. Il est nécessaire aussi de veiller à l'éducation des jeunes esprits et à la formation des élites de la Nation. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a et qu'il y aura toujours des tares héréditaires à redresser ou à canaliser. Il ne faut surtout pas, fermant les yeux à l'évidence, négliger l'importance des facteurs émotifs dont le poids pèse actuellement et pèsera pendant longtemps lourdement, sur la génération actuelle et même sur celle qui lui succédera.

L'hygiène mentale et l'assistance psychiatrique sont au premier plan des nécessités présentes. Que l'on veuille bien m'excuser de le rappeler. Car les périodes dites révolutionnaires ne sont généralement pas favorables à l'assistance psychiatrique. Si on l'oubliait, il suffirait de relire les belles études de M. Paul Sérieux et de ses élèves pour voir de quels efforts étaient l'objet la protection sociale et les soins des aliénés au moment où la période révolutionnaire vint en 1789 mettre obstacle à la réalisation des projets de réforme ébauchés. C'est en 1785 que, sur l'initiative de Louis XVI, Colombier et Doublet avaient rédigé

(1) « Dans ce temps, a écrit Mme de Genlis, tout se faisait par enthousiasme, les belles actions, les fautes et les crimes. » (*Mademoiselle de la Fayette*, page 28).

leur « Instruction sur la manière de gouverner les insensés ». Il fallut, pour que l'œuvre fût reprise, attendre la fin de la tourmente. Les efforts de Pinel, d'Esquirol, de Cabanis, de J.-P. Falret et de tant d'autres qui illustrèrent la médecine mentale française firent comprendre que l'intérêt des malades et l'intérêt de la Société étaient joints. La sage loi du 30 juin 1838 — remarquable pour l'époque et qui n'est peut-être pas toujours comprise ni appliquée dans son esprit (1) — fit de l'assistance psychiatrique française un modèle souvent imité à l'étranger.

Il y a de cela plus d'un siècle. Il est superflu d'ajouter que la science psychiatrique, alors en formation, a depuis considérablement évolué. L'esprit public aussi, qui comprend peu à peu que les psychopathies sont des maladies analogues à d'autres maladies quelles que soient les différences, reconnues de tous, de leurs possibles conséquences : maladies, les unes curables, et cela dans une proportion beaucoup plus grande qu'on ne le sait dans les milieux non spécialisés, les autres, dont le nombre tend progressivement à diminuer, considérées provisoirement comme incurables sans que cela soit toujours absolument démontré.

La loi du 30 juin 1838 n'a été adaptée ni aux progrès de la médecine mentale, ni aux heureuses modifications de l'esprit public. Si tous continuent à reconnaître la haute conscience avec laquelle elle fut rédigée, la compétence, l'attention scrupuleuse, le souci associé des soins aux malades et de l'ordre public qui marquèrent l'œuvre des législateurs, il y a bien longtemps pourtant que s'élèvent en France des voix pour demander des modifications à la loi ou même son remplacement par une nouvelle loi. Dès 1860, la loi fut attaquée, et d'ailleurs, à cette époque, pour des raisons injustes. Nombreux furent les projets de révision de la loi du 30 juin 1838, si nombreux qu'il serait trop long d'en rappeler la liste complète. Est-il nécessaire de citer le projet de loi de Gambetta et Magnin (1870), le projet de révision Roussel, Jozon et Desjardins (1872), le projet Fallières (1882), le projet Th. Roussel (1884) adopté avec modifications par le Sénat le 11 mars 1887, les propositions de loi Reinaeh (1890) et Lafont (1892-1894) à la Chambre des Députés, les rapports et la proposition de loi Dubief à la Chambre des Députés (1896, 1898, 1902, 1906), le rapport Larnaude à la Société d'études législatives (1904), le rapport Gérente au Sénat (1911), les projets Paul Strauss au

(1) Voir plus loin, page 240, l'opinion de Parchappe.

Sénat (1912, 1924, 1928, 1932), le projet Grinda-Dézarnaulds (1921) à la Chambre des Députés, le rapport Briand au Conseil supérieur de l'Assistance publique (1922), la proposition Fié à la Chambre des Députés (1928), la proposition de loi Léculier à la Chambre des Députés (1935).

De cette simple et incomplète énumération, on peut déjà conclure que l'assistance psychiatrique en France n'est sans doute pas parfaite et que, depuis longtemps, s'impose une réforme profonde de ses moyens d'action. Si l'on ajoutait à cela les plaintes des psychiatres français et la comparaison de notre assistance psychiatrique avec les réalisations obtenues à l'étranger par la modernisation des conditions d'hospitalisation, de traitement, de prophylaxie, de rééducation et de post-cure des malades mentaux, on pourrait se demander ce qui a bien pu entraver un tel effort vers le progrès et s'opposer à une mise au point si nécessaire, si urgente et... si réalisable. Chacun se le demandait, en effet, lorsque survint la deuxième guerre mondiale.

Au moment où j'écris, celle-ci n'est pas terminée. Mais il ne semble pas qu'elle puisse désormais augmenter beaucoup les ravages qu'elle est venue ajouter aux lacunes de l'assistance psychiatrique. A côté d'insuffisances et de lacunes figuraient en effet, avant cette guerre, des établissements modernes, des cliniques d'enseignement récentes faisant honneur à nos Universités, d'anciens services modernisés ou en voie de transformation. Avec l'appui éclairé du regretté inspecteur général Raynier, beaucoup de nos collègues des hôpitaux psychiatriques avaient peu à peu obtenu pour leurs services les améliorations de locaux indispensables, des laboratoires plus en rapport avec les possibilités de la technique moderne, l'augmentation des moyens de diagnostic et de traitement mis à leur disposition. La guerre vint. Que reste-t-il aujourd'hui de ces efforts ? S'il est trop tôt encore pour en dresser le bilan et préciser l'état de notre assistance psychiatrique (1), qui ne sait que ce bilan est lamentable : hôpitaux psychiatriques détruits, désaffectés, utilisés temporairement ou même, en principe, définitivement à d'autres fins, malades dispersés et transférés au loin quand ils ont pu survivre à de multiples dangers dont le moindre ne fut pas la sous-alimentation, corps médical dont les survivants eux-mêmes, privés pour la plupart de leurs moyens d'action et de leurs instruments de travail, parfois même de leur famille, errent au gré des événements en des affectations provisoires ou ont été atteints par une

(1) Le moment est maintenant venu de l'établissement d'un tel bilan.

mise à la retraite prématurée. Toutes ces tristesses qui résultent de la guerre ne nous éloignent pas de notre sujet. Car la situation déplorable dans laquelle se trouvera, au lendemain de la guerre, l'assistance psychiatrique nécessitera une remise en état, une mise au point et constituera une occasion favorable, à ne pas laisser passer, de la refonte totale de cette assistance. Il peut sembler opportun d'y songer dès maintenant.

Jusqu'ici, la question ne me paraît pas avoir été bien posée. On s'attache longuement à préciser les détails d'une réforme de la loi du 30 juin 1838. Il est bien évident que cette réforme est nécessaire. Il faudra bien qu'un jour psychiatres et législateurs arrivent à un accord à ce sujet. Mais bien des points les séparent encore les uns des autres. Est-il certain, d'autre part, que les psychiatres eux-mêmes soient entièrement d'accord sur ce sujet qui divise évidemment les législateurs puisque ceux-ci n'ont jamais pu aboutir au vote par les deux Chambres de l'une des nombreuses propositions de loi ? Que de temps déjà perdu en discussions stériles ! En vérité, ce n'est pas par une réforme de la loi qu'il fallait commencer. Il serait beaucoup plus logique, au contraire, et plus facile, et plus adroit, de finir par là. On a voulu mettre la charrue avant les bœufs. La loi consacre une évolution, elle ne la précède habituellement pas. Que de lois sont restées lettre morte pour avoir oublié ce principe. Les périodes dites révolutionnaires sont plus favorables à l'éclosion des lois qu'à leur application. La « *Gazzetta del Popolo* » a compté que de 1922 à 1943 le régime fasciste a promulgué en Italie 49.935 lois. Sur ce nombre combien furent appliquées ? Qui pourrait se reconnaître dans un tel amas législatif ?

EVOLUTION DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN FRANCE

Or, en matière d'assistance psychiatrique, cette évolution se fait sous nos yeux. Non seulement en France, où elle a commencé, mais à l'étranger où notre loi du 30 juin 1838 est généralement considérée comme très retardataire.

En France, en effet, il y a déjà bien des années que l'initiative privée a réalisé la modification du traitement et de l'assistance aux psychopathes, en dehors des formalités d'internement de la loi du 30 juin 1838. Depuis très longtemps, et le signataire de ces lignes qui dirigea pendant vingt-deux ans une maison « ouverte » peut en témoigner personnellement, des maisons de santé privées, des cliniques médicales, des

établissements d'hydrothérapie et de convalescence, des établissements destinés au traitement des maladies nerveuses ou des toxicomanies, reçoivent des malades atteints de troubles mentaux légers, transitoires, sans formalités. Cela, depuis plus d'un demi-siècle, au su de tout le monde, sans inconvénients majeurs, évitant ainsi à de nombreux malades les conséquences possibles d'une mesure d'internement. Comment cela ne se serait-il pas fait ? Les services de médecine des hôpitaux n'ont-ils pas toujours soigné des malades aigus atteints de délires transitoires et les hospices n'ont-ils pas toujours reçu parmi leurs pensionnaires de gros débiles et des déments tranquilles ? Des maisons dites mixtes ont depuis bien longtemps deux sections : l'une pour aliénés internés, l'autre pour psychopathes en cure libre. Telle fut la première étape.

L'exemple des maisons de santé privées était concluant. Aussi, le professeur E. Régis, de Bordeaux, qui avait été médecin-adjoint d'une maison de santé privée, fut-il le premier à installer à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, un service libre pour psychopathes en observation ou en traitement. Ce service, que j'ai bien connu pour en avoir été chargé pendant plus d'une année pendant la dernière maladie du regretté professeur Régis, fut le premier en date des services libres des hôpitaux dits « services ouverts » pour psychopathes. S'il ne posséda au début qu'un petit nombre de lits, il fut le lieu de travaux importants et nombreux qui font honneur à la psychiatrie française.

Cet exemple fut suivi par le professeur Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur Ernest Dupré (à la Salpêtrière d'abord, dans le service du professeur Déjerine, qu'il remplaçait alors, puis dans son propre service de l'Hôtel-Dieu annexe), par le professeur Henri-Claude (à l'hôpital Saint-Antoine d'abord, puis à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine à Sainte-Anne), par le professeur Laignel-Lavastine à l'hôpital de la Pitié, par le doyen Jean Lépine, à Lyon, par le professeur Raviart à Lille, etc. La deuxième étape était atteinte. Des maisons de santé, les services ouverts avaient essaimé vers les hôpitaux généraux (1).

(1) Ne sont rappelées ici que les réalisations les premières en date, celles du début de ce siècle. Depuis cette époque, en même temps que disparaissaient les célèbres services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, de nombreux hôpitaux de Paris ont réservé des lits au traitement des malades atteints de troubles mentaux ne nécessitant pas l'internement. Parmi les réalisations récentes, il faut cependant mentionner spécialement la création à Paris d'une Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile placée sous la direction de M. G. Henyer et, à l'Hôpital général de Montpellier, le beau service de Clinique neuro-psychiatrique de M. le Doyen Euzière.

Il leur restait à avoir droit de cité dans les asiles publics d'aliénés, comme on nommait alors ces établissements. En France, ce fut le mérite du Docteur Toulouse et de ses collaborateurs de les introduire, grâce au concours du Conseil général de la Seine, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. La fondation à Paris, en 1922, de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, dans les locaux de l'ancien et célèbre Service de l'Admission créé par Magnan à l'Asile Sainte-Anne, marque la troisième étape de cette évolution. L'hôpital Henri-Rousselle, service ouvert et dispensaire, dans lequel M. Th. Simon succéda à M. Toulouse et qui est aujourd'hui dirigé par M. Genil-Perrin, collaborateur du Docteur Toulouse dès la fondation de cet organisme, est actuellement réuni à l'Asile Sainte-Anne, l'ensemble ayant pris le nom de Centre psychiatrique Sainte-Anne. De tels hôpitaux psychiatriques existaient antérieurement à l'étranger, à Boston, Bruxelles, etc., le plus connu et sans doute le premier d'entre eux étant le Psychopathic Hospital, dirigé à Boston par le professeur Macfie Campbell. Depuis la création, et le succès, en France, de l'hôpital Henri-Rousselle, des « Services ouverts » ont été annexés à un certain nombre d'établissements publics destinés au traitement des maladies mentales. Le service ouvert, organisé par le Docteur Rayneau à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), fut l'un des premiers.

La troisième étape franchie, ainsi s'est accomplie, en marge de la loi, l'évolution de l'assistance psychiatrique en France. En constatant ce fait, il paraît bien démontré que les méthodes de notre assistance psychiatrique ont pu être profondément modifiées tandis qu'étaient abandonnés l'un après l'autre les projets de révision de la loi du 30 juin 1838.

On peut donc légitimement penser qu'il ne convenait pas de commencer par une réforme de la loi du 30 juin 1838, mais de finir par là, la loi consacrant et réglementant, selon les progrès de la science psychiatrique, nos nouvelles méthodes d'assistance.

Ceci n'est encore qu'un premier pas. Ce qu'il convient de faire, c'est de réformer hardiment l'assistance psychiatrique. La loi s'adaptera ensuite tout naturellement à un plan rationnel et légitime d'assistance. Elle assurera les garanties médicales, sociales, administratives, judiciaires, etc., nécessaires tant à la Société qu'au malade et à sa famille. Mais il faut apporter au législateur des bases solides pour construire. La première

tâche est donc d'établir un programme d'assistance psychiatrique, qui tienne compte à la fois de l'intérêt des malades dont le traitement et la protection doivent être au premier plan, et de l'intérêt de la Société, tant au point de vue budgétaire qu'au point de vue de la protection sociale.

ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE ET ASSISTANCE MÉDICO-CHIRURGICALE

Le cadre limité de cet exposé peut seulement permettre d'indiquer les grandes lignes d'un tel programme. Il est cependant permis de rappeler que les tendances de ce programme ont été maintes fois résumées en une formule plus facile pour frapper les esprits que conforme, jusqu'à ce jour, à la réalité des choses. Il s'agissait, comme chacun le sait, de transformer les asiles en hôpitaux. Pour cela, certains, plus attachés peut-être aux mots qu'aux choses, ont tout d'abord estimé nécessaire et opportun de remplacer par l'appellation d'« hôpital psychiatrique » le mot d'asile, auquel, selon eux, s'attachait un préjugé défavorable.

C'était une vue bien superficielle, car le joli mot d'asile, qui, en effet, ne convient pas à tous les malades auxquels s'adresse l'assistance psychiatrique, n'a aucun sens péjoratif lorsqu'il s'agit d'asiles de vieillards ou d'asiles de convalescents. Ce qu'il était, par contre, utile de supprimer, c'est le mot « aliénés » qui l'accompagnait. « Asile public d'aliénés » était vraiment trop et inutilement explicite. J'ai connu ainsi, au début de ma carrière dans les hôpitaux psychiatriques, un établissement qui, ne laissant place à aucune équivoque, s'intitulait « Hôpital-hospice pour enfants idiots ». Poussé à ce degré, le souci de précision n'est pas exempt d'une certaine exagération (1).

Est-il permis d'ajouter qu'il y avait une illusion bienveillante mais un peu naïve dans l'importance attachée à ce changement d'appellation ? Ainsi que je le disais, dès 1922, au Congrès de

(1) J'ai rappelé ailleurs (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1938, page 85) qu'à ma connaissance, c'est Miss A.-A. Chevaillier, de Boston, qui, pour la première fois, à une réunion tenue à Philadelphie les 25 et 26 juillet 1882 par l'« Association américaine pour la protection des aliénés et la prévention de la folie », proposa de substituer à la dénomination d'asile d'aliénés le nom d'« hôpital pour les maladies mentales ». Cela, comme un moyen de réformer les préjugés répandus dans le public relativement à l'aliénation mentale, de ménager les sentiments des malades et « de stimuler « l'étude de la psychiatrie, en montrant que les aliénés sont, en théorie et « en pratique, de véritables malades, et qu'il faut, pour les traiter, autre « chose que des verrous et des narcotiques ».

Quimper : « Je ne erois pas, pour ma part, que le nom de l'établissement soit pour quelque chose dans les sentiments qu'il inspire à la foule. Depuis le jour où les aliénés ont cessé d'être, aux yeux du peuple, des émanations de la divinité, ils lui inspirent le ridicule ou la crainte. Souvent, plus encore que le nom de l'établissement, c'est le village où il est situé, la propriété qui le contient, dont le nom est devenu synonyme de lieu de traitement de la folie. Certains établissements privés qui reçoivent des psychopathes en dehors de toute formalité administrative sont assimilés par la clientèle à de véritables établissements fermés. » (1). Je ne crois pas, ajoutais-je, à la vertu de ce changement d'étiquette. Il y a, en vérité, plus et mieux à faire.

Enfin, on sera sans doute excusable de souligner la contradiction qui a fait si maladroitement accoler au mot hôpital, bien choisi pour un certain nombre de ces établissements, l'épithète un peu voyante de « psychiatrique ». Le mot semblait vraiment être mis là pour contrecarrer le but d'assimilation discrète que l'on se proposait d'atteindre (2). Dans cette même revue (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1923, mars 1923), m'élevant à nouveau contre ce qualificatif imprudent autant que superflu, je demandais que l'on voulût bien y renoncer. Je suggérais qu'il serait à tous points de vue préférable de faire suivre le mot hôpital du nom, et du nom seul, de l'un des nombreux médecins français qui ont honoré la psychiatrie. Je proposais, en particulier, pour l'hôpital psychiatrique récemment fondé à Paris dans les locaux du service de l'Admission le nom d'hôpital Magnan.

Mon appel ne fut pas complètement entendu. Cependant, l'hôpital psychiatrique fut désigné peu après sous le nom d'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, ce nom ayant été préféré à celui du grand aliéniste français que l'on donna seulement à l'un des pavillons de l'hôpital. Mais, il semble que peu à peu le nom d'« hôpital Henri-Rousselle » se soit substitué à celui d'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle. »

J'exprime de nouveau le souhait que les établissements destinés au traitement des infirmités ou des maladies mentales évitent

(1) XXV^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Quimper, 1922, in Discussion du Rapport du Dr Paul Courhon. De la sauvegarde des droits de l'individu et de la Société dans l'assistance aux psychopathes, page 65.

(2) Au cours de cette discussion, le professeur Aug. Ley (de Bruxelles) ajouta : « Je suis d'accord avec le Dr René Charpentier au sujet de la nécessité de supprimer toute appellation spéciale pour nos hôpitaux psychiatriques. »

de remplacer à leur fronton le mot « aliénés » par le mot « psychiatrique ». Le nom de l'un des psychiatres qui, dans ce même lieu, ou ailleurs en France, ont le plus contribué aux progrès de la psychiatrie serait la meilleure enseigne en même temps que serait ainsi rendu un juste hommage à nos maîtres. Ce nom suffirait à indiquer aux médecins quels malades sont soignés dans l'établissement et, pour le public, ce ne serait qu'un nom qu'il emploierait comme tant d'autres sans en connaître, sans chercher à en connaître, ni l'origine, ni la signification.

Il s'agissait donc de transformer en hôpitaux psychiatriques les asiles publics d'aliénés. Je viens de le rappeler, deux points ont été acquis depuis une vingtaine d'années : le changement de nom de ces établissements et l'introduction dans les établissements publics d'aliénés de services ouverts (l'hôpital Henri-Rousselle initialement indépendant en principe de l'asile Sainte-Anne tout en se trouvant situé dans l'asile, vient récemment d'être réuni à l'asile, l'ensemble, y compris la Clinique de la Faculté de médecine prenant, sous la même direction administrative, le nom de Centre psychiatrique Sainte-Anne).

Après une vingtaine d'années de cette expérience, le moment n'est-il pas venu de faire davantage ? Ce qu'il faut envisager maintenant ce n'est pas, comme cela a pu se produire dans le passé, la création de services isolés pour des individualités médicales s'imposant par leur renommée ou par leur influence. Rendant l'hommage qu'ils méritent à des précurseurs qui ont su ouvrir des portes et, par leurs initiatives, par leur action éclairée, bienfaisante, continue, apporter la preuve de résultats acquis pour le bien des malades et l'amélioration de l'assistance, ce qu'il faut maintenant, ce sont des mesures d'ordre général, s'appliquant à toute la France, c'est une refonte générale de l'assistance psychiatrique.

Est-il tout d'abord légitime d'assimiler l'assistance psychiatrique à l'assistance hospitalière, le malade mental aux autres malades ? Qui le nierait aujourd'hui ? Ce n'est pas parce que certains de nos malades nécessitent des mesures spéciales de surveillance, de protection, qu'ils ne doivent pas être considérés et traités comme des malades. Ce n'est pas davantage parce que certains d'entre eux, beaucoup moins nombreux sans doute qu'on ne l'a cru pendant longtemps, doivent être tenus à l'écart de la société pour laquelle ils sont un danger.

Dans les hôpitaux aussi sont, depuis toujours, soignés des malades délirants pour lesquels s'imposent des mesures spéciales. Y sont soignés également, et isolés, et retenus qu'ils le veulent ou non, même après leur guérison, des malades dont l'affection contagieuse, ou les germes qu'ils portent encore, sont un danger pour la société. Y sont soignés encore des inculpés, malades ou blessés, placés sous la surveillance de la police. Si l'on veut bien y réfléchir, la différence entre ces mesures et celles qu'imposent à une partie de nos malades tant les nécessités de leur protection et de la protection sociale que les dispositions législatives actuelles, n'est pas si considérable qu'elle semble l'être.

Il y a aussi la très importante question de la protection des biens, mais celle-ci n'est pas insoluble car cette protection lorsqu'elle est nécessaire ou souhaitable, a d'autres moyens d'être assurée que l'internement (1). Faut-il souligner que c'est surtout dans les établissements privés, recevant des malades fortunés, que la question se pose, dans ces établissements qui, précisément, existent en France depuis plus de cinquante ans ?

Ce que je veux dire — et je prie qu'on ne dépasse pas ma pensée — ce n'est pas qu'il n'y a pas de différence entre un aliéné ou même un psychopathe et un malade de médecine générale, ce n'est pas assimiler un internement administratif à un isolement hospitalier, ce n'est pas — et j'y reviendrai tout à l'heure — discuter la nécessité dans certains cas des mesures d'internement et des mesures de protection qui en découlent. C'est seulement répéter avec tous que le malade mental, s'il a besoin de soins spéciaux et de mesures spéciales, cela comme chaque variété de malades (contagieux, vénériens, par exemple), est un malade comme les autres et qu'aucun des soins dont il a besoin, aucune des mesures particulières exigées par son état, dans certains cas, ne s'oppose à une assimilation de l'assistance psychiatrique, à une assistance hospitalière. Je m'excuse auprès du lecteur d'avoir été obligé par l'ordonnance de cet exposé de le rappeler.

Si tout le monde est d'accord sur ce point, cela n'a pas, jusqu'à ce jour, fait avancer beaucoup les choses. Dans cette transformation des asiles en hôpitaux, on s'est appliqué — et c'était bien

(1) M. Paul Courbon (*loc. cit.*), précisant que « tous les psychopathes des services ouverts n'ont pas besoin d'être protégés dans leurs biens », a proposé, pour les cas où cette protection devra s'exercer, d'avoir recours à la « curatelle », mesure qui permettrait le plus souvent d'éviter la mesure plus grave de l'interdiction.

nécessaire — à moderniser des services, à installer des laboratoires, à faciliter aux malades l'accès aux moyens modernes de diagnostic et de traitement, à construire même quelques établissements modernes (1). C'était la tâche la plus urgente. On l'a entreprise et réussie en divers endroits. Personne ne prétendra qu'elle était achevée lorsque la guerre, par ses démolitions, ses désaffectations de locaux, etc., vint tout remettre en question. Il va donc falloir se remettre à l'ouvrage. Je sais bien que le plus pressé va être, dans des conditions fort difficiles, d'assurer le mieux possible le rassemblement, l'assistance et le traitement de nombreux malades, de malades plus nombreux que certains ne le pensent. Dans un article récent, M. Xavier Abély, rappelant les précédents de 1918 et analysant les causes de la diminution actuelle des admissions dans les hôpitaux psychiatriques, a bien montré qu'il s'agit là de causes passagères (2). L'expérience prouve malheureusement qu'on doit s'attendre à une augmentation notable des admissions dans les années qui suivront la fin de la guerre. Il serait bon de prévoir l'avenir et d'opérer la réorganisation nécessaire suivant un plan directeur.

Et puisque tout le monde est d'accord sur la nécessité du caractère « hospitalier » d'une assistance psychiatrique moderne, ne faut-il pas d'abord se demander quelles étaient, avant la guerre, les différences les plus grandes dans l'organisation générale de ces deux modes d'assistance.

N'ayant en vue ici que le plan hospitalier, ce qui saute aux yeux, c'est la variété, la spécialisation nuancée, la richesse d'idées et de réalisations de l'assistance médico-chirurgicale hospitalière. On y trouve des hôpitaux avec leurs divers services de médecine, de chirurgie, d'adultes, d'enfants, de spécialités, etc., mais aussi des consultations, des dispensaires, des hospices de chroniques, des hospices de vieillards, des asiles de convalescents, des préventoriums, des sanatoriums, etc., etc.

Or, dans l'assistance psychiatrique, à part l'heureuse et récente exception, à Paris, de l'hôpital Henri-Rousselle, de ses consultations et de son dispensaire, des consultations aussi annexées aux Cliniques Universitaires, il n'existe guère qu'un type d'établissement : l'asile public d'aliénés, rebaptisé hôpital psychia-

(1) Les réalisations les plus récentes ont été rappelées ici-même par M. G. Demay (*Annales médico-psychologiques*, numéro du Centenaire, janvier-février-mars, 1943 : *Un siècle d'assistance psychiatrique en France*, par G. DEMAY).

(2) Xavier ABÉLY. — Diminution de l'aliénation mentale pendant la guerre. *La Presse médicale*, 17 juin 1944.

trique, avec ses divers services, dont certains spécialisés. Quelques exceptions tout de même comme, dans la Seine, la colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse, qui a échappé jusqu'ici à l'absorption de l'asile de Vaucluse par la lutte anti-tuberculeuse, les colonies familiales de la Seine également et l'établissement de Hoerdt. C'est à peu près tout.

NÉCESSITÉ D'UNE SPÉCIALISATION DANS LE CADRE RÉGIONAL

Pourtant, ce ne sont ni les besoins à satisfaire qui manquent, ni les idées pour les réaliser, ni le personnel médical spécialisé, instruit et dévoué. Avant guerre, les locaux eux-mêmes, en dépit de leur insuffisance, ne se seraient pas opposés à la réalisation d'une spécialisation indispensable et depuis longtemps demandée par les aliénistes français. Ce n'était même pas non plus la loi du 30 juin 1838. Quels obstacles ont donc pu s'opposer à ces créations indispensables et demandées depuis si longtemps ? Il en est un que je puis dès maintenant signaler, c'est le cadre départemental étroit, dans lequel est organisée, en France, l'assistance psychiatrique, conformément à l'article 1^{er} de la loi de 1838. De cette départementalisation de l'assistance psychiatrique en France, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont les premières victimes et, nommés par l'Etat, demandent à juste titre d'être considérés, au point de vue des retraites en particulier, comme des fonctionnaires d'Etat et non comme des fonctionnaires départementaux.

Car il y a bien longtemps que des aliénistes français, et non des moins réputés (1), insistent pour la création d'établissements d'assistance psychiatrique spécialisés et mieux adaptés à des buts définis. Qu'il s'agisse d'établissements spéciaux pour enfants psychopathes, difficiles, inadaptés, insociables, pervers (post-encéphalitiques), d'instituts médico-pédagogiques pour arriérés éducatibles, d'établissements pour idiots non éducatibles, d'asiles de sûreté pour aliénés difficiles et dangereux, d'établissements pour épileptiques, de maisons de rééducation pour alcooliques, d'hospices pour chroniques (imbéciles et déments tranquilles), d'établissements pour aliénés tuberculeux (hôpital-sanatorium psychiatrique), de colonies familiales ou d'asiles-colonies, de maisons de convalescence, etc., la liste est longue et l'on voit combien pour-

(1) Paul SÉRIEUX. — Rapport sur l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Imprimerie Municipale (Hôtel de Ville), Paris, 1903.

rait, combien devrait être riche la gamme des modes d'assistance psychiatrique dans des établissements adaptés à leur but, sous la direction médicale de psychiatres qualifiés et convenablement rétribués. Cela, à côté des hôpitaux psychiatriques urbains, de leurs services d'hospitalisation libre, de leurs consultations, de leurs dispensaires, de leurs services sociaux, de leurs services d'assistance extra-hospitalière, d'avant-cure et de post-cure, des sociétés de patronage, etc.

C'est Parchappe qui, le 29 mai 1865, déclarait à la Société médico-psychologique : « Quant aux autres, c'est-à-dire la plupart des imbéciles, faibles d'esprit, déments séniles, déments hémiplégiques, etc., etc., les asiles n'ont pas été créés pour eux... » Nous n'irons pas si loin que Parchappe qui voulait les rendre à leur famille et, à défaut de la famille, les remettre à des hospices d'incurables. Mais, leur place n'est sans doute pas tout à fait à côté d'un maniaque agité, d'un mélancolique anxieux ou d'un délire aigu, ni dans le même établissement. Il est nécessaire encore d'ajouter à cette liste les asiles de convalescents, déjà réclamés en 1865 par Girard de Cailleux, des maisons de post-cure, maisons de rééducation mentale et de réadaptation sociale (Claude et Rubenovitch), des services d'assistance à domicile et diverses organisations prophylactiques et sociales.

Cette discrimination est la première condition pour faire de l'assistance psychiatrique le pendant de l'assistance hospitalière aux autres malades. Ainsi seulement pourront être organisés non seulement des établissements pourvus de l'installation indispensable à la mise en œuvre de toutes les thérapeutiques utiles à tant de malades différents les uns des autres, mais aussi des établissements vraiment spécialisés, dirigés, organisés, installés vers un but précis et pourvus de tous les moyens pour atteindre ce but.

Cette spécialisation n'est nullement chimérique car elle existe ailleurs. Elle est indispensable et il faudra y arriver. On fera pourtant, je le sais, des objections.

On dira, par exemple, que ce n'est pas au moment où tant d'établissements détruits, désaffectés, endommagés, doivent être reconstruits ou réparés que l'on peut envisager la construction d'établissements nouveaux. L'objection, d'ordre financier, est de celles devant lesquelles on a l'habitude de s'incliner. Mais, dans les circonstances exceptionnelles que nous traversons, ces établissements détruits ou endommagés seront certainement compris

dans le plan général de reconstruction. Ne serait-ce pas, au contraire, l'occasion de les reconstruire en vue du but précis auquel on les destinerait. Des établissements d'ailleurs existent, actuellement changés d'affectation qui seront, il le faudra bien un jour, rendus à l'assistance psychiatrique. Elle pourra à ce moment en disposer selon ses besoins. Il suffira de les adapter à leur destination nouvelle à un moment où il faudra bien les réinstaller.

On objectera sans doute, non sans raison, que l'organisation départementale de l'assistance psychiatrique est un obstacle à une discrimination et à une multiplication des établissements. Il n'est que trop évident qu'une organisation rationnelle de l'assistance psychiatrique est incompatible avec le cadre étroit du département. Mais le cadre départemental, cadre périmé qui ne correspond plus aux moyens actuels de communication du temps normal, a été, depuis l'institution des régions économiques, progressivement remplacé par le cadre régional. C'est dans le cadre régional, et non dans le cadre départemental, que doit être envisagée la réforme de l'assistance psychiatrique. En faisant disparaître des inégalités trop apparentes, cette assistance régionale facilitera l'uniformisation de l'assistance psychiatrique en France en même temps que sa spécialisation et son efficacité. La loi de 1838, d'ailleurs, prévoyait les ententes entre départements pour le traitement des malades dans des établissements publics ou privés.

Organisée par les Préfectures régionales ou les Commissariats régionaux de la République, l'assistance psychiatrique verrait ses frais répartis entre les divers départements de la région selon une proportion à déterminer (1). Cette proposition d'une assistance interdépartementale avait déjà été présentée avant la guerre de 1914-1918. Depuis, l'organisation des régions administratives lui apporte une force nouvelle. Le rapport de l'Inspection générale des services administratifs concluait en 1923 (Inspecteur général Dr Raynier) en acceptant déjà la concentration régionale des arriérés éducatifs, des aliénés difficiles ou dangereux et des tuberculeux contagieux.

(1) Dans un article récent (*Hygiène Sociale*, février 1944), M. R.-H. Hazemann et Mlle Bourjaillat déclarent que, pour être efficace, la lutte contre les maladies mentales doit être réalisée sur la base départementale et par un service public. Mais il s'agit dans cet article du département de la Seine, lequel, par son organisation administrative et par le chiffre de sa population, est beaucoup plus comparable à une « région » qu'à un département. Il constituera, en fait, en totalité ou presque en totalité, la « Région de Paris ».

On regrettera sans doute aussi la dispersion des malades dans des lieux de la même région parfois éloignés de leur famille. L'objection est forte. Mais, actuellement, l'hôpital psychiatrique départemental présente pour beaucoup de malades le même inconvénient. Il est souvent à l'une des extrémités du département, il est parfois déjà dans un département voisin. Or, il est entendu que les hôpitaux (psychiatriques) proprement dits, avec leurs services d'observation et de traitement, leurs consultations externes, leurs dispensaires, leurs laboratoires, etc., seront des hôpitaux urbains installés à proximité immédiate des villes. L'hôpital psychiatrique urbain doit, en effet, être situé soit en ville même, au milieu de jardins, soit dans l'immédiate banlieue reliée à la ville par des moyens de transport fréquents et facilement accessibles.

Dans un tel hôpital, la place d'un centre de prophylaxie mentale sera tout indiquée. Il en est le complément indispensable. Ce qui ne veut nullement dire que la prophylaxie mentale doive avoir pour siège unique les hôpitaux psychiatriques. Pour être effective, la prophylaxie mentale doit, en effet, pouvoir pénétrer partout. Des dispensaires, des services sociaux de prophylaxie mentale devront être créés ou annexés à de nombreuses formations préexistantes d'assistance ou de prophylaxie. Un exemple en a été récemment donné, avec grand succès, sous l'impulsion du Dr Hazemann, par l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine. Il va de soi, cependant, que les divers services d'hygiène et de prophylaxie mentale dont la multiplicité est nécessaire à la diffusion des notions d'hygiène mentale devront être rassemblés sous une impulsion unique, condition indispensable à la coordination de leurs efforts. Il va de soi également que les médecins chargés de ces consultations, de ces dispensaires, de ces services d'hygiène et de prophylaxie mentale, devront être des spécialistes qualifiés. Un utile champ supplémentaire sera ainsi ouvert à l'activité des psychiatres français qui pourront exercer leur action à la fois dans les diverses formations hospitalières et, plus directement, hors de l'hôpital, sur la masse. La tâche est belle et de nature à séduire tous les psychiatres.

Quant aux autres établissements où les infirmes, les épileptiques chroniques, les convalescents, les enfants, les aliénés, etc., seront hospitalisés, surveillés, traités, instruits, rééduqués, par des psychiatres secondés par un personnel formé spécialement (1),

(1) Il serait superflu d'insister sur la nécessité d'un personnel varié, adapté à son but, diplômé et nommé après un stage d'épreuve.

leur place est à la campagne. Enfants et adultes s'y trouveront dans de meilleures conditions hygiéniques qu'à la ville et le coût de leur entretien y sera moins élevé. Aux familles tuité complète pour les indigents pourraient être accordées.

Certaines catégories d'établissements, ceux qui reçoivent le moins de malades pourraient être entretenus à frais communs par des régions voisines après entente. Me permettra-t-on à ce sujet de rappeler les inconvénients des établissements hospitalisant un trop grand nombre de malades ? Parchappe (1) fixait le chiffre de 400 malades par établissement. Dans son rapport de 1862, la commission instituée en 1860 par le baron Haussmann demandait un maximum de 600 malades par établissement. Renaudin était d'avis de porter ce chiffre à 700 ou 800, tout en faisant justement remarquer que l'augmentation de l'effectif « n'est pas un argument en faveur de l'opinion qui voudrait séparer les fonctions médicales des fonctions administratives ». MM. Raynier et Lauzier (2), tout en acceptant exceptionnellement et sous certaines conditions, des chiffres plus élevés considèrent comme « acceptable au point de vue économique et social » le chiffre de 800 à 900 et même 1.000 malades. Ce chiffre, qui me paraît trop élevé, pourrait et devrait varier selon la spécialisation de l'établissement et les besoins auxquels il doit faire face (3).

On fera probablement valoir aussi qu'en divisant et en séparant ainsi les catégories de malades, on privera certains établissements de malades travailleurs qui contribuent à la vie de l'établissement tout en facilitant l'équilibre de son budget, diminuant ainsi le prix de journée. Cet argument est loin d'être sans réplique (4). C'est celui du bon administrateur qui pense au succès de sa gérance, au budget de son propre établissement. C'est un argument louable. Mais ce n'est pas ainsi que se présente la question financière. Une sage administration générale se doit

(1) Max PARCHAPPE. — Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés, p. 44, 1 vol. in-8°. Librairie de Victor Masson, Paris, 1853.

(2) Julien RAYNIER et Jean LAUZIER. — La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés. J. Peyronnet et C^{ie} édit., Paris, 1935.

(3) Le nombre des médecins attachés à l'établissement devrait également varier selon la catégorie de malades en traitement. Dans la plupart des hôpitaux psychiatriques, le nombre des malades confiés à un seul médecin est actuellement beaucoup trop élevé.

(4) Sans qu'il soit besoin de rappeler que le travail des malades doit être considéré comme un moyen thérapeutique. C'est dans l'intérêt de son traitement que le malade travaille, et *Pergothérapie, sous direction médicale*, obtient d'excellents résultats thérapeutiques.

d'envisager non les résultats d'un établissement déterminé mais le bon fonctionnement de l'ensemble. Or, la division des établissements en classes différentes : hôpitaux, hospices, colonies familiales, asiles de convalescents, etc., établit entre ces divers établissements des différences budgétaires profondes. Certains de ces établissements seulement nécessiteront une installation particulière et des moyens de diagnostic et de thérapeutique complets. De cette concentration résultera une économie et un meilleur emploi des fonds. Le groupement de malades semblables (épileptiques, alcooliques, aliénés difficiles, arriérés, etc.) dans des établissements spéciaux limitera à ces établissements des dépenses spéciales (personnel de rééducation, instituteurs, chefs d'atelier, chefs de culture, etc.) et leur assurera des ressources particulières qui diminueront leur prix de journée. On peut assurer que le prix de journée sera ainsi très variable selon les établissements : il variera avec le siège de l'établissement et le genre de malades qui lui seront confiés. L'économie, si elle a lieu, se fera sur l'ensemble. L'augmentation de dépenses, si elle a lieu, se traduira par l'amélioration des moyens de traitement : elle sera ainsi, dans une certaine mesure, compensée par les résultats obtenus et par la diminution du temps de séjour.

Car il ne faut pas oublier que les dépenses de l'assistance psychiatrique et de la prophylaxie mentale ne se traduisent pas uniquement par une œuvre nécessaire d'assistance, par des résultats thérapeutiques, par des récupérations sociales, par la reconstitution de foyers familiaux. Ces résultats ne seraient déjà pas négligeables et justifieraient des efforts particuliers. Mais ils ont encore une répercussion budgétaire qui, pour ne pas être immédiatement apparente, n'en est pas moins importante. Tout d'abord, une meilleure utilisation des ressources de la thérapeutique et de l'assistance psychiatrique abrège le temps de séjour des malades dans les établissements et est, de ce fait seul, une économie. Mais, surtout, par sa contribution à la prophylaxie et à la récidive des troubles mentaux, une assistance psychiatrique efficace assurera en même temps la diminution des tares héréditaires, l'amélioration de la descendance, la prophylaxie criminelle, la prophylaxie de la délinquance infantile en particulier. Est-il besoin d'insister sur les économies qui peuvent en résulter ? Au simple point de vue financier une assistance psychiatrique bien comprise se présente déjà pour l'Etat comme un sage placement, comme un placement d'avenir.

CONSÉQUENCES D'ORDRE ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE

Comme on l'aperçoit, une telle variété d'établissements demandera des régimes divers et des appellations différentes. Il ne s'agira plus d'appliquer à tous ces établissements des mesures, administratives ou judiciaires, semblables, chacun d'eux ayant ses nécessités propres : il n'est pas question de placer sous le même régime des malades en traitement dans un hôpital psychiatrique, des infirmes abrités dans un hospice, des buveurs récidivistes suivant une cure de rééducation, des aliénés difficiles et dangereux (dont la surveillance s'impose, attentive, en même temps que le traitement), des pervers et des arriérés éducatibles, etc. On se demande même, en y réfléchissant, comment on a pu concevoir un même régime pour des catégories aussi diverses.

Ecrire plus haut que le nom d'hôpital (psychiatrique) était « bien choisi pour un certain nombre de ces établissements », c'était indiquer que ce nom ne convenait pas à tous et qu'il fallait pousser plus loin l'assimilation de l'assistance psychiatrique à l'assistance médicale hospitalière. Comme dans cette dernière, en effet, à côté de l'hôpital (psychiatrique) urbain avec son cortège de services ouverts, de services fermés, de services d'observation et de triage, de clinique universitaire, de consultations externes, de dispensaires, d'assistance même à domicile, et pour lequel on pourra s'inspirer des expériences et des réalisations de M. Toulouse à l'hôpital Henri-Rousselle, d'autres établissements sont depuis longtemps demandés par les aliénistes français (Paul Sérieux, 1903). Ils seront plus justement dénommés et distingués entre eux par les appellations d'hospice (pour infirmes mentaux incurables, grands arriérés, par exemple), d'asile (pour convalescents), ou de maison de convalescence, d'institut médico-pédagogique (pour arriérés éducatibles, pour enfants présentant des troubles du caractère, etc.), de maison de rééducation (pour buveurs), de maisons de surveillance ou d'asiles de sûreté (pour aliénés difficiles ou dangereux), etc., etc. Je ne prétends donner ici ni une liste complète, ni des appellations définitives, mais indiquer seulement la diversité nécessaire de ces appellations d'établissements ressortissant à une même administration tout en répondant à des soucis différents d'assistance, de traitement, de réadaptation sociale.

Ce n'est pas là un vain souci de mots, mais la consécration de

meilleurs modes d'assistance. Si l'on veut bien pousser à son terme la démonstration qui fut l'objet de ces lignes, c'est plus encore. Des conséquences multiples qui ne sauraient être envisagées, dans ce bref exposé, découleront de la réforme.

En particulier, est-il besoin d'ajouter qu'à ces établissements conviendra de toute évidence un régime différent. De même que l'hôpital Henri-Rousselle, comme tous les services ouverts qui lui furent antérieurs ou postérieurs, a pu fonctionner sans formalités d'internement, on jugera certainement, non seulement superflu, mais contre-indiqué, d'imposer la formalité administrative et l'inutile complication de l'internement à des établissements tels que l'hospice pour infirmes mentaux constitutionnels, grands arriérés, sujets pour lesquels, disait Parchappe, l'asile n'a pas été créé, tels que les instituts médico-pédagogiques, les asiles destinés aux convalescents sortis des hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour épileptiques non aliénés. Tandis que d'autres établissements, tels par exemple les « asiles de sûreté » pour aliénés difficiles, les établissements destinés au traitement physique et psychothérapique et à la rééducation des alcooliques, des toxicomanes, pourront comporter des formalités administratives ou même, dans certains cas, des mesures judiciaires, à l'égard d'aliénés dangereux, formalités réglementant l'admission, le maintien et la sortie des malades qui y seront assistés et traités. Jusqu'à sa révision, ces formalités continueraient à être celles édictées par la loi de 1838.

Une sélection des malades, leur catégorisation dans diverses variétés d'établissements suffira à permettre de distinguer nettement les établissements actuellement encore placés sous les dispositions et les garanties de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et ceux qui, ne recevant pas d' « aliénés », n'auraient aucune raison d'être astreints à des formalités dont sont dès à présent dispensés les services ouverts des hôpitaux psychiatriques. De la spécialisation des divers établissements psychiatriques résultera jusqu'à l'évidence, la différence nécessaire de leur régime légal. Nombreux seront ceux auxquels on ne saurait appliquer les prescriptions d'une « loi sur les aliénés ».

LA « LOI DU 30 JUIN 1838 » EST UNE LOI « SUR LES ALIÉNÉS »

Aucune modification à la loi ne serait pour cela nécessaire, car la loi du 30 juin 1838 ne s'applique qu'aux « aliénés »

Nos prédécesseurs l'entendaient bien ainsi. Dès 1864, le grand

aliéniste que fut Jules Falret faisait prévoir la nécessité de l'extension de la liberté à certaines catégories de psychopathes :
 « Je voudrais, disait-il, pouvoir entrer ici dans l'examen détaillé
 « des conditions de localité, de construction, de règlements et
 « d'organisation intérieure, qui pourraient permettre cette extension du bien-être et de la liberté, accordés à certaines catégories
 « d'aliénés, sans nuire pourtant à leur traitement, à leur sécurité
 « et à celle de la société tout entière. Mais cette étude, qui du reste
 « n'est pas encore mûre et pour laquelle de nouvelles recherches
 « et de nouvelles expériences sont encore nécessaires, exigerait un
 « travail spécial et ne peut être abordée incidemment dans un
 « discours général. »

« ...le progrès consistera à développer de plus en plus les principes de bienveillance et de liberté proclamés par Pinel et par Esquirol et propagés par leurs successeurs. Donner aux aliénés tout le bien-être et toute la liberté compatibles avec leur état et avec la sécurité publique ; rapprocher le plus possible les asiles d'aliénés des habitations ordinaires et la vie de ces malades de celle des hommes en général, tels sont les grands principes qui ont servi de base à la réforme du commencement de ce siècle et dont nous ne demandons actuellement que le développement graduel et successif, dans la mesure commandée par la prudence, sans secousses et sans transformations violentes. » (1).

Depuis, l'étude a été mûrie, les nouvelles recherches, les nouvelles expériences, demandées en 1864 par Jules Falret, ont été faites en tous pays et sont concluantes. Suivant son vœu, prudemment, sans secousses, sans transformations violentes, les principes de bienveillance et de liberté établis par Pinel et par Esquirol ont triomphé des obstacles et la réforme en France s'est accomplie sous nos yeux, dans les faits.

D'ailleurs, si Jules Falret était en faveur d'un « développement graduel et successif » du progrès des principes de bienveillance et de liberté, il est un aliéniste qui, dès cette époque, allait beaucoup plus loin. En effet, à la séance suivante de la Société médico-psychologique, présidée par Moreau de Tours, le 26 décembre 1864, le Dr Mundy (de Moravie), qui venait d'être élu à l'unanimité membre associé étranger de la Société, prit part à cette importante et historique discussion sur « les divers modes de l'assis-

(1) J. FALRET. — Discussion sur les différents modes d'assistance des aliénés. Société médico-psychologique, séance du 12 décembre 1864, *Annales médico-psychologiques*, 4^e série, tome V, 1865, pages 273 et 274.

tance publique appliquée aux aliénés » (1), par un remarquable exposé qu'il devait continuer à la séance du 16 janvier 1865. « Véritable apôtre, a écrit Jules Falret, d'une idée qui lui paraît « féconde et d'une réforme qu'il croit nécessaire, il a consacré « à la poursuite de cette idée et à la réalisation de cette réforme « tout ce que la nature lui a donné d'énergie, et il veut même y « employer jusqu'à sa fortune. » Il ne semble pas qu'on lui ait, jusqu'ici, suffisamment rendu justice.

Pourtant, en 1864, Mundy déclarait que les lois pour les aliénés, dans tous les pays, « ont besoin d'une réforme dans leur totalité ». Il proclamait que « la séquestration appliquée indistinctement n'est pas nécessaire aux aliénés ». Il proposait un « nouveau système » basé sur *l'abolition de la séquestration indistincte des aliénés*. « La séquestration des aliénés, déclarait-il, doit, par des motifs sociaux, économiques et médicaux, *devenir une exception au lieu d'être la règle*. » Il faisait remarquer déjà le « contraste » entre l'asile, où le mode de vie est un « état anormal », « avec les hôpitaux pour les maladies autres que les affections psychiques ». La méthode qu'il préconisait sous le nom de « système familial » consistait en « la vie de famille, surveillée par un médecin, la liberté réglée et le travail facultatif au grand air ». Il proposait l'institution d'un « mode de secours à domicile pour les aliénés » tant avant leur entrée dans les asiles qu'« après y avoir résidé plus ou « moins longtemps, lorsque le médecin de l'asile juge possible « de les renvoyer chez eux comme inoffensifs ou incurables, « moyennant une rétribution annuelle. Séjour en famille, bien « entendu presque jamais ou du moins très rarement dans « leurs propres familles. »

Comme on le voit, la « cure à domicile » n'est pas une idée nouvelle, elle date de 80 ans. Mundy, qui connaissait et avait personnellement visité, non seulement la plupart des asiles de France, mais aussi ceux d'Allemagne, d'Angleterre, d'Autriche, de Belgique, de Hollande, d'Italie, de Prusse, de Suisse, qui avait assisté à Paris aux différents cours de médecine mentale, savait fort bien que le département du Rhône avait déjà, à cette époque, organisé le secours à domicile des aliénés, mais dans leur propre famille uniquement « comme moyen d'arrêter l'accroissement démesuré du nombre des malades dans les asiles ». Arthaud, de Lyon, approuvait ce mode d'assistance

(1) *Id.*, pages 286 à 302, 313 à 340.

après un séjour à l'asile suffisamment prolongé pour constater l'inoffensivité et l'incurabilité du malade.

Mais le « système familial » du Dr Mundy était, lui, un mode thérapeutique, s'inspirant des méthodes employées à Gheel, les villages d'aliénés pouvant servir de base à l'application de son système, d'ailleurs plus général. Il se défendait pourtant de vouloir l'appliquer à tous les aliénés, de vouloir le substituer aux asiles, ajoutant qu'il avait lui même « démontré la nécessité de leur existence, quoique *mutatis mutandis* ».

On me pardonnera sans doute ce rappel historique, d'abord parce qu'il ne sort pas du sujet, et surtout parce qu'il s'agit de faits qui paraissent avoir été complètement oubliés.

Puis-je ajouter qu'en objectant si souvent les prescriptions de la loi du 30 juin 1838, on en abuse ? Me permettra-t-on encore de donner à ce sujet une opinion peu récusable, celle de Parehappe, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, ancien médecin-chef de l'asile de Saint-Yon, qui, dès 1866, s'exprimait ainsi : « Toute l'économie de la législation de 1838, en ce qui se rapporte aux secours de l'assistance publique, repose sur la distinction fondamentale des aliénés en dangereux, curables et incurables. Et c'est à cette distinction que se rapportent toutes les règles pratiques à l'aide desquelles on doit et l'on peut régulariser l'assistance publique de manière à satisfaire tous les intérêts.

« Suivant la loi, il n'y a d'*obligatoire* pour l'assistance publique que que l'entretien des *aliénés placés dans les asiles en tant que dangereux*.

« Pour les autres aliénés, le placement dans les asiles est *absolument facultatif* ; seulement l'assistance publique a l'*obligation morale* d'assurer aux aliénés curables, par leur placement dans les asiles, un *traitement curatif efficace* (1). »

On ne saurait mieux dire. Le problème des aliénés non dangereux, celui des psychopathes non aliénés, est un problème d'assistance et de thérapeutique. C'est une « obligation morale », une nécessité sociale, en dehors de la loi du 30 juin 1838 qu'elle dépasse. Selon l'expression de Ferdinand Barrot dans son rapport au baron Haussmann, la réorganisation du service des aliénés est une dette sacrée qu'il faut acquitter largement.

La spécialisation plus poussée des établissements facilitera la discrimination des malades, la spécialisation des formalités

(1) Société médico-psychologique, séance du 27 novembre 1865. *Annales médico-psychologiques*, 4^e série, tome VII, 1865, pages 132-133.

d'internement et, dans de nombreux cas, leur suppression. Il est des établissements dans lesquels des mesures judiciaires pourraient se justifier, d'autres dans lesquels des formalités administratives d'internement resteront indiquées, d'autres enfin dans lesquels l'admission se fera comme dans un hôpital ordinaire (1).

Pourtant, une nouvelle loi — qui devrait être une loi d'hygiène mentale et d'assistance psychiatrique, assurant en même temps la prophylaxie criminelle — devra certainement être édictée. Je crois qu'une réforme préalable de l'assistance psychiatrique en faciliterait et en hâterait la rédaction. Car, en dehors des grandes lignes que je viens d'esquisser, bien des questions importantes se poseront (organisation et situation des établissements, direction médicale de ces établissements (2), protection des malades et de leurs biens, etc., etc.). La plupart de ces questions sur lesquelles il faudra revenir ont déjà été étudiées. La Société médico-psychologique doit prochainement consacrer à leur examen une première séance qui sera sans doute suivie de beaucoup d'autres. Ces lignes ne sont qu'une rapide introduction à la discussion.

AFFECTIONS MENTALES ET ALIÉNATION MENTALE

On me permettra, en terminant, de rappeler que la Société médico-psychologique a déjà pris position sur le dernier point que je viens de soulever, celui des formalités administratives ou judiciaires à appliquer aux divers établissements que pourrait, que devrait comporter, dans certains cas, pour être effective, une assistance psychiatrique moderne.

Pour répondre à un vœu exprimé par le Sénat, lors de la discussion du projet de loi de Paul Strauss, dans sa séance du 23 décembre 1913, le ministre de l'Intérieur demanda à la Société

(1) Au Danemark, où l'on entre dans un hôpital psychiatrique comme dans un hôpital ordinaire et où l'on en sort de même, une loi du 13 avril 1938 prévoit le maintien possible des aliénés dangereux ou protestataires. Cette loi, d'après M. Brochner-Mortensen, n'est que rarement appliquée (1 malade sur 200) (A. POROT, L'assistance mentale au Danemark, *Bull. sanitaire de l'Algérie*, déc. 1939).

(2) « Le médecin doit être le chef naturel d'un asile. Il doit diriger l'institution », écrivait Renaudin. Les conditions de la thérapeutique moderne, l'ergothérapie, etc., rendent cette nécessité plus évidente encore avec la spécialisation des établissements. Il en est d'ailleurs ainsi en Suisse, en Hollande, aux États-Unis, en Allemagne, en Italie, etc., où cette évidence n'est pas discutée et où la direction d'un établissement psychiatrique est toujours confié à un psychiatre.

médico-psychologique « si la loi de 1838, qui vise les personnes atteintes d' « aliénation mentale », devait être étendue à toutes celles qui sont atteintes d' « affections mentales » et de dire « quel est le sens respectif des expressions « affections mentales » et « aliénation mentale » et à quelles maladies bien définies l'une ou l'autre se rapporte » (lettre de M. Raoul Pcret, sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, en date du 2 février 1914). Par cette question, la Chambre Haute manifestait nettement le souci, qui est aussi le nôtre, de ne pas appliquer indistinctement à tous les malades atteints de troubles mentaux des formalités que nécessite seule l'aliénation mentale, concept médico-légal et juridique, de limiter ces mesures aux seuls cas susceptibles de réactions antisociales.

Déférant aussitôt à cette demande, la Société médico-psychologique, que l'on n'hésitait pas alors à consulter sur des questions pour lesquelles elle est compétente, nomma immédiatement une commission composée de MM. Arnaud, Blin, René Charpentier, Colin, Fillassier, Klippel et Marchand. Au nom de cette commission qui me choisit comme rapporteur, je proposai à la Société, à la séance du 3 mars 1914, le texte suivant qui fut adopté après discussion (à l'unanimité moins deux voix) et adressé au ministre pour être soumis au Sénat en réponse à sa demande :

« L'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même à l'article premier de la proposition de loi sur les aliénés dans les termes suivants :

Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile.

« Cette définition nous paraît bonne. A ces malades s'appliqueraient l'assistance obligatoire et, en même temps : aux uns (malades dangereux simplement pour eux-mêmes), les formalités administratives actuellement existantes et seules légitimes dans ce cas, et aux autres, les formalités que nécessiterait leur caractère d'aliéné protestataire ou dangereux.

« En dehors de ces sujets atteints d'aliénation mentale, il est des malades, non aliénés, mais atteints d'affections mentales diverses, présentant des troubles mentaux variés, auxquels devraient s'appliquer des mesures d'assistance exclusives de mesure judiciaire.

« Les conséquences du choix de l'une ou de l'autre de ces

« expressions pour la rédaction de la proposition de loi peuvent être ainsi résumées : La première expression « aliénation mentale », si elle était seule employée dans la loi, ne permettrait pas d'étendre l'action de cette loi aux malades atteints de troubles mentaux et non aliénés. La seconde expression « affections mentales », si elle était employée seule pour la rédaction de la loi telle qu'elle résulte du projet actuellement en discussion, aurait pour conséquence d'étendre à des malades non aliénés, atteints de troubles mentaux légers et variés, des mesures judiciaires, restrictives de la liberté individuelle, que personne ne peut songer à leur appliquer.

« Du reste, la Société médico-psychologique considère que les dispositions de la loi du 30 juin 1838 qui, déjà, fait intervenir d'une façon régulière l'action de la magistrature, garantissent complètement la liberté individuelle, et qu'il suffirait, pour protéger la société avec plus d'efficacité d'ajouter à cette loi des mesures judiciaires concernant les aliénés, dits criminels. »

Ce dernier paragraphe, ajouté sur la proposition de M. Pactet à la réponse aux questions posées par le Ministre, fut adopté à l'unanimité.

Tel fut, il y a trente ans, l'avis exprimé officiellement par la Société médico-psychologique lors de la discussion par le Sénat de l'un des nombreux projets de loi destinés à remplacer la loi, toujours en vigueur du 30 juin 1838 sur les aliénés. La Société n'était pas sollicitée de proposer un texte, mais seulement de définir le sens respectif des mots « aliénation mentale » et « affection mentale ». Elle a cependant tenu à indiquer dans sa réponse les conséquences de l'emploi de ces expressions dans le texte alors soumis au Sénat, ainsi que les limites qui devraient être celles des mesures judiciaires.

En donnant la définition, qui lui était demandée par les pouvoirs publics, de l'expression « aliénation mentale », la Société médico-psychologique a défini et limité elle-même le champ d'application de la loi, conformément à l'opinion de Parchappe aux « aliénés placés dans les asiles en tant que dangereux ». Elle a donc non seulement légitimé l'existence des services ouverts, successivement organisés dans les maisons de santé privées, les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques, elle a d'avance souscrit au programme de discrimination des établissements psychiatriques que je viens d'esquisser.

Cet exposé n'est autre chose, avec quelques rappels du passé, qu'un plan de travail montrant que l'on peut obtenir facilement une réforme efficace de l'assistance psychiatrique sans attendre de lentes et éventuelles réalisations législatives, lesquelles au contraire pourront ensuite s'appuyer solidement sur une assistance réorganisée. Mon but fut seulement de mettre en évidence qu'il n'est pas besoin d'attendre une loi nouvelle pour entreprendre une refonte générale de l'assistance psychiatrique dans un cadre régional. Dès 1922, lors de la discussion du rapport du Dr Paul Courbon au Congrès de Quimper, j'indiquais que « l'existence d'établissements privés consacrés au traitement libre de malades aisés démontrait la possibilité de réaliser la réforme de nos modes d'assistance à côté de la loi du 30 juin 1838, destinée par le législateur aux seuls aliénés ». J'ajoutais que « la modification ou plutôt l'extension de nos moyens d'assistance apparaissait beaucoup plus comme une question budgétaire que comme une question législative ». Les circonstances résultant de la guerre rendant indispensable une remise sur pied d'une assistance psychiatrique mutilée, les conditions de cette réforme ne seront jamais plus favorables ou plus opportunes.

Le 17 décembre 1844, faisant devant l'Académie de médecine l'éloge d'Esquirol, Pariset s'écriait : « Elever des Palais pour la souffrance est le vrai luxe de la Civilisation. » Le temps des palais est passé, mais celui de la civilisation reviendra. Au surplus, la souffrance ne demande pas de palais. A une époque où la guerre s'est abattue sur notre sol et va y laisser des empreintes profondes, ce que demandent les malheureuses victimes d'une douloureuse période de notre histoire, c'est une affectueuse compréhension de leurs besoins. Ce qu'il faut prévoir ce sont des soins éclairés, avec toutes les ressources d'une assistance et d'une thérapeutique modernes, dans des installations spécialisées, parfaitement outillées, adaptées à leur but, pourvues de tout le confort nécessaire, sous un régime assurant, en même temps que la protection sociale et les exigences de la santé publique, le respect de la liberté individuelle et de la dignité humaine.

LES CRISES NERVEUSES GÉNÉRALISÉES

*Séméiologie - Diagnostic - Conduite à tenir notamment
en neuro-psychiatrie militaire* ⁽¹⁾

PAR

H. BARUK

A côté de symptômes permanents, la pathologie nerveuse et mentale comporte des symptômes intermittents. Ces derniers peuvent survenir par accès durant plusieurs jours, plusieurs semaines et plus. Ils constituent alors des manifestations dites périodiques. Ils peuvent, d'autres fois, survenir sous une forme infiniment plus brève, durant quelques secondes, quelques minutes, quelques heures. Ils réalisent alors le tableau des crises nerveuses.

Toutefois, le terme de crises nerveuses ne comporte pas seulement le critère de la brutalité et de la brièveté. Il implique l'idée d'un bouleversement complexe des fonctions nerveuses, d'un orage perturbant le plus souvent à la fois l'organisme physique et l'état mental. Du moins cette définition s'applique aux *crises nerveuses généralisées*. Ce sont celles que nous envisagerons dans ce travail.

Nous laisserons donc, en grande partie de côté, les manifestations paroxystiques localisées. On sait que celles-ci peuvent intéresser les centres moteurs corticaux (épilepsie Bravais-Jacksonienne), les noyaux centraux (épilepsie extra-pyramidale), les voies sensitives (crises sensitives algiques), sensorielles (crises d'hallucinoïse visuelle par exemple, ou de photopsie) et même le contrôle du fonctionnement viscéral (crises gastriques, intestinales, etc...). Nous n'entreprendrons pas ici la description bien

(1) Travail rédigé pendant l'année de guerre 1939-1940, dans un service de neuro-psychiatrie militaire. Conférence faite aux Armées au mois de mai 1940.

connue de ces crises localisées, et nous ne les mentionnerons que lorsqu'elles représentent le point de départ, les prodromes de crises généralisées.

Nous indiquerons surtout les données d'observation recueillies soit dans notre pratique civile, soit surtout dans notre pratique militaire récente. Nous avons pu en effet durant les huit mois où nous avons exercé les fonctions de médecin traitant d'un service de neuro-psychiatrie à Reims observer 83 cas de crises nerveuses. Cette étude a été facilitée par le séjour des malades, la présence quasi-constante du médecin chargé avant tout de l'*observation directe* de la crise dans des conditions de surveillance rigoureuse. Cette étude directe de la crise est capitale, et lorsqu'on a pu la pratiquer sur une échelle suffisante, on se rend compte des multiples causes d'erreur inhérentes au diagnostic indirect par les commémoratifs. Cette étude directe n'est pas toujours possible, lorsque les crises sont rares en raison de la trop grande durée de l'observation qui pourrait être nécessaire. C'est précisément pour remédier à cette longue observation que certains auteurs ont tenté de substituer à l'étude des crises spontanées, celle de *crises provoquées*, soit par l'hyperpnée, soit par des manœuvres suggestives. Cette méthode nous a paru le plus souvent décevante ou contre-indiquée. L'hyperpnée reste fréquemment inefficace pour déterminer des crises même chez des sujets prédisposés. Quant aux manœuvres suggestives, leur signification est douteuse : le fait d'avoir déterminé par ce procédé une crise chez un sujet ne prouve nullement que les crises spontanées qu'il a présentées sont exclusivement d'origine suggestive et, d'autre part, de telles manœuvres ne sont pas sans inconvénient parfois sur le psychisme.

Dans ces conditions, l'étude et la thérapeutique idéale doivent reposer sur l'observation spontanée des crises dans la mesure du possible. Sur nos 83 cas, cette étude des crises a pu être faite de façon satisfaisante dans 50 cas, dans lesquels la nature de la crise a pu être nettement élucidée, et sur lesquels nous nous appuyons surtout dans ce travail.

Nous envisagerons successivement :

1° L'étude descriptive et sémiologique des diverses variétés de crises.

2° L'analyse des critères principaux qui permettent de différencier dans ces diverses variétés les caractères intrinsèques des crises épileptiques et des crises non épileptiques.

3° Les grandes indications concernant le pronostic et la conduite à tenir.

I. — Etude descriptive et séméiologique des diverses variétés de crises nerveuses

La plupart des médecins se bornent à connaître deux types de crises, la crise convulsive épileptique, la crise hystérique ou pithiatique. L'une se caractérisant par la perte de conscience et les signes organiques, la seconde par la conservation de la conscience, la présence non de convulsions mais de mouvements complexes et désordonnés, la guérison immédiate et facile par persuasion.

Si une telle description n'est pas absolument inexacte, elle reste néanmoins incomplète et très schématique. En effet, entre la crise convulsive épileptique et la crise pithiatique vraie, il existe une gamme très importante et étagée de crises trop souvent négligées en pratique, et dont la signification est méconnue.

Nous reprendrons donc pas à pas, et en suivant nos observations cliniques, cette gamme de crises nerveuses en partant des plus profondes comme la crise convulsive épileptique pour aboutir à la plus légère, la crise pithiatique.

A. — CRISE CONVULSIVE ÉPILEPTIQUE

Celle-ci est trop connue pour que nous l'analysions longuement. Rappelons qu'elle est marquée par la suppression brutale et totale de la conscience en même temps que par de grosses manifestations organiques convulsives et comateuses.

Le sujet est frappé et tombe comme une masse. On a l'impression qu'il est foudroyé. Le début est si violent, si instantané, si terrible que le sujet a à peine le temps de pousser un cri.

Le drame est brutal et court : convulsions toniques et cloniques, blocage respiratoire, orage vasomoteur avec la pâleur caractéristique de la face et surtout, *signe capital, la cyanose des lèvres*, libération des sphincters, puis stertor, épuisement consécutif.

La perte de conscience, de tout psychisme, est telle que le malade qui tombe *se blesse*. En outre, là où il n'y a plus de conscience, il n'y a plus de souvenir, *l'amnésie de la crise est totale*. Le malade ne se rappelle même pas qu'il a eu une crise. Enfin, la morsure de la langue, l'émission d'urine constitue les témoins des convulsions ou des libérations sphinctériennes.

Durant la crise, l'examen neurologique permet parfois de déceler l'apparition passagère d'un *signe de Babinski*. Ce signe a une grande valeur mais il est loin d'être constant.

B. — CRISE DE FUREUR OU D'AGITATION AUTOMATIQUE

Dans la crise convulsive épileptique typique, il n'y a plus place pour aucune manifestation psychique. Le psychisme est momentanément mort, totalement supprimé. Il en est de même d'une grande partie des activités nerveuses supérieures : l'équilibration a disparu, la mobilité coordonnée est également suspendue ; le sujet est réduit à une masse inerte, secouée de convulsions, et ne conservant plus que quelques fonctions végétatives élémentaires.

A un degré moins accentué, la crise peut saisir le malade de la même façon, suspendre de même toute conscience, mais l'équilibration est conservée ainsi que la motilité coordonnée : le sujet se livre à une série d'actes le plus souvent violents, mais ces actes sont dénués de toute conscience, et revêtent le caractère de décharges mécaniques, aveugles, comme le déclie d'une machine privée de conducteur. Bien entendu, l'amnésie est ensuite complète. Ce sont là les crises de fureur et d'automatisme ambulatoire épileptiques, dans lesquelles le sujet bondit soudain comme un éclair, se met à courir, brise tout, assomme quelqu'un. Le drame est en général très bref et, revenu à lui, le sujet reste stupéfait de ce qui s'est passé.

Des crises analogues peuvent s'observer au cours de certaines réactions toxiques aiguës, notamment de l'alcoolisme. Nous en avons observé un certain nombre de cas, notamment au moment de la mobilisation, à une période où les effets conjugués de l'alcool, de la fatigue et de l'émotion s'exerçaient sur le système nerveux de certains sujets. Ces crises rappellent les crises de fureur épileptique. Toutefois, leur durée est souvent moins brève, la suspension du psychisme conscient moins absolue, et le retour de la lucidité se fait parfois progressivement. En voici quelques exemples qui montrent qu'on peut observer tous les degrés et toutes les transitions dans l'intensité de ces divers signes.

Le soldat N... est pris brusquement, à la suite d'excès de boissons, d'un accès de fureur, et démolit le bureau de son commandant.

Le soldat T..., 22 ans, sujet délicat, ayant présenté, dans l'enfance, une néphrite avec troubles visuels, traitée par le régime déchloruré, et souffrant depuis lors de périodes de céphalée, s'est levé un jour en proie à un mal de tête assez fort. Il déjeune légèrement, puis va faire une promenade à bicyclette avec un camarade. Vers 17 h. 30, ils boivent chacun trois à quatre verres de vin. Il est ensuite rentré au cantonnement à bicyclette, il lui semble se rappeler qu'il aurait diné le soir, mais là s'arrêtent ses souvenirs.

Or, vers 21 h. 30, brusquement, le malade est saisi d'une crise d'agitation au cours de laquelle il prend son fusil, le tourne contre lui comme pour se tuer. Des camarades essaient alors de détourner le fusil. Mais le coup part et blesse l'un d'eux. Peu après, le malade se réveille, sans garder aucun souvenir de cet épisode. L'enquête faite a permis d'éliminer toute simulation, et de confirmer la nature inconsciente et amnésique de cet accident. A noter une légère albuminurie, et des signes de chorio-rétinite.

Le soldat A..., 23 ans, arrive vers 15 heures avec un détachement, dans un nouveau cantonnement. Brusquement, vers 17 heures, au moment de la soupe, entre dans un état de surexcitation extrême, prend à partie ses camarades dans le réfectoire, les menaçant de « leur faire leur affaire ». Le Capitaine intervient alors, le malade le menace, faisant mine de se saisir de sa baïonnette. On le conduit en cellule, et peu après, il se réveille, ne sachant pas ce qui s'est passé.

Il se rappelle cependant, à son arrivée au cantonnement, avoir eu très faim, n'ayant pas mangé depuis le matin, et avoir eu une discussion avec un adjudant au sujet de la soupe. Il se sentait à ce moment très énervé. Mais ses souvenirs s'arrêtent là, et il fut ensuite très surpris de se trouver en cellule.

Ce soldat avait bu toutefois, en arrivant au cantonnement, un litre de vin blanc, après quoi il a senti l'énervement monter. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que des incidents analogues se produisent. Depuis l'adolescence, il a remarqué qu'il présentait une sensibilité extrême à l'alcool. Durant son service militaire, il a déjà été hospitalisé dans un service de neuro-psychiatrie, pour des crises semblables, après absorption de vin ou de petite quantité d'alcool. Il présente d'ailleurs des troubles endocriniens avec tendance au gigantisme, absence de développement pileux, des absences de temps en temps d'allure émitiale, enfin, par intervalles, une tendance à la catalepsie, avec hypoexcitabilité vestibulaire considérable.

Le soldat C..., 22 ans, cultivateur, est amené à notre formation à 20 h. 30, dans un état d'agitation extrême : attaché, maintenu des mains et des pieds, il se débat violemment et est conduit par 10 hommes.

A l'examen, faciès vultueux, regard vague, agitation, mord les draps, se jette sur les personnes environnantes. Les seules paroles qu'il prononce sont : « Ma main est morte ». En effet, sa main est serrée par des liens. On le délie d'ailleurs aussitôt et complètement. Se calme un peu, s'assoit sur son séant.

Ne répond à presque aucune question. Regarde autour de lui d'un air égaré. Parvient cependant à dire qu'il est Breton. Injection d'une ampoule de sédol. Se calme complètement et repose.

Vers minuit, se lève de nouveau, va à la fenêtre, regarde dehors, demande : « Où suis-je ? ». On arrive à le ramener à son lit et à le faire coucher. Le reste de la nuit se passe sans incident. Le lendemain, la

crise est terminée, cause, répond, et peut donner des détails sur le début de la crise.

La journée avait été tout à fait normale, dit-il, il est cuisinier, il avait épluché les légumes, préparé normalement le repas et diné. C'est après le dîner que la crise a dû, dit-il, le prendre brusquement. Ne se rappelle rien de ce début de crise. La conscience lui est revenue dans le cours de la nuit : ne se rappelle pas son arrivée dans notre service, ni notre examen, ni les paroles qu'il a prononcées au sujet de sa main, ni le moment où il a été délié. La reprise de conscience a été graduelle : au début, ne savait pas où il était, et fut étonné de ne pas se trouver au quartier. On lui a expliqué ensuite ce qui était arrivé.

Buveur habituel de cidre (2, 3 litres par jour), s'est mis à boire du vin depuis la mobilisation (plusieurs litres par jour et aussi de la bière) ; se *sentaient la tête lourde* après avoir bu du vin, et avait l'impression de ne pas bien le supporter, mais n'avait jamais présenté de crises de ce genre. Pas d'antécédents pathologiques à l'exception d'un accident sur la tête à l'âge de 13 ans : choc d'un gros portail sur la région cervico-occipitale. Perte de connaissance durant 5 minutes. N'avait rien senti depuis. Sujet robuste et bien constitué.

Ces diverses observations présentent des caractères communs. La crise consiste dans une sorte *d'éclipse* de la conscience ; toutefois, le malade accomplit des gestes, des actes, peut même prononcer des paroles dont il semble ne pas garder le souvenir. Il persiste donc au moment de la crise une certaine activité psychologique, mais une activité qui est dépouillée de conscience, qui, par conséquent, « ne sait pas ce qu'elle fait » et prend la forme d'une activité automatique. Toutefois, la ligne de démarcation entre la fin de la crise et le retour de la lucidité n'est pas rigoureusement tranchée : on a l'impression d'un retour progressif de la lumière, et d'un passage de l'obscurité à la subconscience avant le retour de la conscience complète.

Enfin, cette éclipse de la conscience se produit dans les cas que nous venons de rapporter à l'occasion d'une *réaction toxique alcoolique*. Remarquons toutefois que cette réaction n'est pas toujours proportionnelle à la quantité absorbée. Ces trois malades semblent plutôt mal supporter l'alcool, l'un en raison probablement d'une débilité nerveuse et rénale, l'autre en raison de troubles constitutionnels et endocriniens, le troisième, fragilisé peut-être par un traumatisme crânien antérieur, en raison d'un changement de régime. Il faut tenir compte donc de ce coefficient personnel constitutionnel ou acquis, et c'est pourquoi ces faits rentreraient plutôt, en adoptant la terminologie de Tzanck, dans le cadre de l'intolérance.

C. — CRISE D'ONIRISME

Nous venons de voir dans les crises précédentes qu'au moment où la conscience commence de revenir, le malade peut présenter une phase de désorientation avec un état de rêve qui disparaît ensuite peu à peu. Dans certaines crises, cet état de rêve, cet onirisme domine le tableau clinique. Ces manifestations de rêve sont parfois conscientes et par suite mnésiques, parfois elles se produisent au cours d'états crépusculaires dans lesquels la conscience est encore très obscurcie ou même plus ou moins suspendue.

En voici quelques exemples :

Le soldat D..., 23 ans, fait, depuis des années, de grands excès d'alcool qu'il avait jusqu'alors bien supportés (boit de 1 à 3 litres de cidre, 2 à 3 calvados par jour et quelques apéritifs) ; ces excès sont peut-être moins considérables depuis qu'il est mobilisé, mais ils s'ajoutent à l'imprégnation éthylique ancienne, la fatigue et surtout l'émotion.

Un soir, en allant prendre la garde dans un petit poste, il a soudain l'impression qu'il est environné de civils et de militaires qui veulent le déshabiller. Il a l'impression qu'on lui enlève son manteau et son masque à gaz. Il appelle la garde, s'enfuit, et tombe sur un treillage de fil de fer, se blessant à la joue.

Le soldat G..., 39 ans, également éthylique, voit se déclencher sa crise onirique à l'occasion d'un chaud et froid : se trouve soudain désorienté, voit sa famille autour de lui, des animaux, des chevaux, etc... Une telle crise présente des caractères qui la rapprochent beaucoup du délirium tremens, qui, comme l'a si brillamment souligné Lasègue, est essentiellement un rêve, mais qui prend plus la forme d'un accès que d'une crise, durant en général quelques jours.

Ces crises oniriques se produisent parfois la nuit et peuvent prendre alors la forme de *crises somnambuliques*. En voici quelques exemples :

Le soldat L..., 31 ans, se lève au milieu de la nuit, appelle sa mère, sa femme, ses enfants, semble vouloir serrer et saisir fortement quelque chose dans ses mains. Le matin, il ne se rappelle rien.

Le soldat M..., 42 ans, a eu ainsi plusieurs crises de somnambulisme. Une fois, il se lève vers minuit, prend un balai, balaye, puis s'adresse au caporal, le traite d'espion, prend un fusil, le met en joue, transporte une table très lourde, saute dessus avec le fusil et le balai et semble faire face à une attaque. Le sergent arrivant avec une lampe de poche

il lui dit : « C'est un projecteur allemand. » Monte sur des bancs, puis saute en disant : « Je suis tué » et en mimant la mort.

Une autre fois, dans un camp, alors qu'il couchait dans une baraque Adrian saute subitement de son lit, et monte sur une poutre. Une autre fois, s'échappe en pleine nuit dans la campagne. Aucun souvenir de tous ces faits au réveil.

Ce malade nous ayant averti de ses crises fut placé sur sa demande même, la nuit, dans une chambre de sécurité possédant des carreaux incassables et une fenêtre solide. Au cours d'une nuit, il se leva subitement et, déployant une force extraordinaire, réussit à desceller la fenêtre, et à briser les carreaux, puis se recoucha ensuite et s'endormit jusqu'au lendemain d'un sommeil profond. Il ne garda aucun souvenir de cette crise.

Comme les crises précédentes d'agitation automatique, ces crises oniriques ne se produisent pas toujours au moment maximum de l'action toxique, et proportionnellement à celle-ci. Il faut souvent un autre facteur qui déclenche la crise, qui la fait en quelque sorte cristalliser sur un fond d'imprégnation : ce facteur est marqué soit par un traumatisme, soit par un épisode toxi-infectieux, soit aussi, ce qui est très fréquent, par une émotion. En voici un exemple :

L'adj. G..., grand éthylique habituel, a été pris brusquement, dans la cour du quartier, d'une crise nerveuse. Est tombé par terre, s'est débattu, ne s'est pas blessé en tombant. La crise dure environ un quart d'heure. Il est ensuite conduit dans notre service, où il a présenté, à l'entrée, des signes avérés d'imprégnation éthylique (tremblement des mains et de la langue, conjonctives subictériques, etc...), aucun signe de spécificité.

Le lendemain, cet état persiste. Le surlendemain, il a la visite inopinée de son commandant, qui lui fait de vertes remontrances relatives à ses accès éthyliques, et le menace, si cela continue, de lui faire sauter ses galons.

Le malade est secoué d'une vive émotion, et presque aussitôt, dans l'après-midi, débutent de petites bouffées oniriques passagères : se croit soudain à la caserne, et est persuadé qu'on vient de le faire appeler au bureau du commandant, etc...

Dans la nuit suivante, ces bouffées oniriques s'accroissent et aboutissent, à 5 h. du matin, à une défenestration.

Le malade n'a pas été heureusement blessé gravement, à part une fracture de jambe, et s'est ultérieurement bien rétabli.

Ces crises oniriques se produisent, bien entendu, plus facilement au cours du sommeil, soit au cours de crises de sommeil se

produisant dans la journée, soit au cours du sommeil de la nuit ou de l'état vespéral. Sommeil et rêve vont facilement de pair.

D. — CRISES STUPOREUSES

A côté du sommeil et du rêve que nous venons d'étudier, on peut voir survenir des crises marquées par un *engourdissement et une obnubilation brusque de tout le psychisme* réalisant le tableau de la stupeur. Le sujet a l'impression d'être ralenti, barré, inhibé, d'où le nom de crises confusionnelles employées parfois en pareil cas.

Voici, par exemple, le soldat L..., 33 ans, qui est amené ainsi à l'hôpital, au cours d'une crise de ce genre. Le sujet paraît dans une torpeur profonde, le regard fixe, absent, obnubilé, le pouls ralenti à 50. Nous avions d'abord pensé à la possibilité d'une hypertension intra-cranienne, ce qui ne s'est pas vérifié par la suite. La crise s'est terminée rapidement et le malade a pu nous donner des détails sur son début. Il avait reçu, quelques heures avant, de mauvaises nouvelles de sa femme. Très déprimé, il était sorti avec deux camarades, et s'était mis à boire avec eux. Une discussion s'était produite, et il était rentré au cantonnement très contrarié. C'est alors qu'il ressentit une impression d'étouffement, puis « comme si quelque chose lui montait à la tête ». Il eut ensuite l'impression qu'il allait perdre connaissance. Toute la suite est restée très vague dans son esprit.

A plusieurs reprises, le malade a eu des crises analogues, à l'occasion, en général, de contrariétés et d'absorption d'alcool combinées. Le malade a présenté, ultérieurement, un état dépressif au cours duquel sont survenues d'abord des crises stuporeuses, ensuite des crises plus légères prenant l'aspect de la crise d'énervement ; enfin, il s'est rétabli. L'examen neurologique et toutes les recherches organiques sont restés négatifs.

E. — CRISES CATALEPTIQUES ET CATALEPTO-HYPERTONIQUES

A un degré un peu moins marqué, on note encore des crises réalisant un tableau d'engourdissement psychique, mais le faciès paraît moins pétrifié, moins obnubilé, on a l'impression à de petits indices (battements de paupières, réactions diverses) que le malade est plus présent, qu'il semble entendre, se rendre compte de ce qui l'entoure. D'autre part, il adopte et conserve les positions qu'on lui imprime. Le plus souvent en pareil cas la conscience est moins touchée que la volonté, l'initiative psychomotrice est suspendue.

Voici, par exemple, le soldat P... Il entre à l'hôpital dans une immobilité complète. Le faciès est fixe, le regard éteint, on note toutefois, par intervalle, des petits battements des paupières. Le mutisme est complet. Le malade garde les positions qu'on lui imprime, bras, jambes en l'air. Si on le met debout, il reste pétrifié. Si on plie le tronc en avant, il reste également dans cette position. Le faciès est normalement coloré. Le pouls est régulier et bien frappé. Par intervalle, on constate quelques efforts de toux. L'examen viscéral est négatif, à l'exception d'une rétention vésicale. Au bout de deux heures, cet état disparaît. Le malade se remet à parler normalement. Il nous apprend que cette crise serait venue à l'occasion de la vaccination antityphique. Deux heures après celle-ci, le malade éprouva des vertiges, des nausées, puis eut l'impression qu'il allait perdre connaissance.

Le malade signale avoir eu déjà de nombreuses crises nerveuses, tantôt à l'occasion d'émotions, tantôt d'excès éthyliques.

Le cas suivant est encore plus caractéristique de la crise cataplectique.

Le soldat L..., 22 ans, souffre, d'une part, de troubles abdominaux et vésicaux, d'autre part, de crises nerveuses.

Les troubles abdominaux et vésicaux remontent à un traumatisme abdominal survenu à l'âge de 12 ans et ayant consisté en une chute d'un trapèze sur le ventre. Vive douleur, avec malaise. Depuis lors, le malade est sujet à des crises de douleur dans le ventre mal définies. Il y a 18 mois, ces crises douloureuses ont motivé une intervention sur l'appendice. On aurait parlé d'appendicite rétro-cæcale, mais l'opération n'a pas été suivie d'amélioration. Les crises douloureuses ont continué, et se sont accompagnées même bientôt de sortes de chutes avec perte de connaissance apparente. Le malade est sujet, en outre, à une constipation extrêmement opiniâtre, et à la rétention d'urine.

Nous avons pu observer de près les crises en question. Celles-ci surviennent en général très nettement durant les périodes de forte constipation, et presque toujours à l'occasion d'une contrariété même minime. Le malade accuse divers malaises, puis brusquement on le retrouve sur son lit, ou sur le plancher, absolument immobile, les yeux fermés comme s'il dormait, plus rarement ouverts, les *bras en croix*, le faciès sans aucun changement de coloration, pas plus que les lèvres. Si l'on soulève à ce moment les bras ou les jambes en l'air, ceux-ci restent très longtemps dans la position où on les a placés. Toutefois, il suffit de quelques paroles de réconfort ou d'une incitation impérative, pour que peu à peu le malade se réveille, sorte de sa crise et se remette à causer.

Plusieurs faits sont à noter dans cette observation. Tout d'abord l'aspect de crucifixion fréquent dans les crises de catalepsie, sur lequel nous avons insisté et qui avait déjà été signalé par Bourneville. Ensuite la crise est relativement peu profonde et peut être facilement interrompue par une action psychothérapique. Ce fait évoque évidemment l'idée de pithialisme, mais il peut plus simplement s'interpréter comme lié à un engourdissement plus léger. Lorsque la conscience est suspendue ou fortement engourdie, le sujet reste insensible aux actions psychothérapiques. Lorsque celle-ci est au contraire plus présente, le psychisme peut répondre beaucoup mieux aux actions extérieures. Notons d'ailleurs que cette action psychothérapique est loin, comme on pourrait le croire, de se réduire à une suggestion. D'importants facteurs affectifs entrent en cause, et seules certaines personnes en qui le malade avait ostensiblement placé sa confiance avaient le pouvoir d'arrêter la crise.

Enfin, notons dans les antécédents l'histoire du trauma abdominal (ce qui est à rapprocher de faits analogues que nous avons déjà vus) qui peut peut-être s'expliquer par une action sympathique. Quant aux facteurs hépato-intestinaux (1), leur rôle est manifeste dans la production de certaines crises de catalepsie.

En somme ces crises de catalepsie sont caractérisées avant tout par l'inhibition de la mise en train psychomotrice, par la suspension de la volonté dans ses fonctions d'initiative, avec conservation de la motilité automatique dans l'adoption des positions imprimées. Le sujet saisi par une crise de catalepsie est comme pris en masse, pétrifié, immobilisé dans la position qu'il occupe. C'est là d'ailleurs le sens étymologique du mot catalepsie (se prendre, saisir).

Dans d'autres cas, le sujet est saisi de la même façon, son initiative est abolie, il est pétrifié, pris en masse, mais cet état cataleptique s'accompagne d'une raideur parfois intense et active, ainsi que de grandes manifestations théâtrales ou pathétiques. Ce sont les crises décrites sous des vocables différents, qui se rapprochent soit du pathéticismus de la catatonie de Kahlbaum, soit de l'hysteria major de Chareot, sans entrer dans ces assimilations nosographiques, donnons-en d'abord quelques exemples :

Le soldat F..., 20 ans, a présenté, à la suite d'une angine pultacée, de

(1) Rappelons notamment l'importance étiologique de la toxi-infection coli-bacillaire comme nous y avons insisté au point de vue clinique et expérimental.

vives douleurs de tête, suivies bientôt de douleurs erratiques sur tout le corps, et d'un état d'hyperexcitabilité psychique. L'intensité de la céphalée, l'existence d'une hyperesthésie au bruit et à la lumière fit penser d'abord à la possibilité d'un état méningé ou encéphalitique. Une ponction lombaire ramena un liquide normal. Traité par des médications anti-infectieuses, notamment par le salicylate de soude, ce malade fut ensuite adressé dans notre service.

A son entrée, il se plaint, par intervalles, de vive céphalée avec nausées (à noter qu'il s'agit d'un ancien migraineux). C'est d'ailleurs souvent au cours de ces crises de céphalée que se produit la crise : brusquement, le malade se place en arc de cercle, la tête en hyperextension, le tronc cambré à tel point qu'à certains moments il ne repose plus sur le sol que par l'occiput et les talons ; les membres sont allongés, parfois la paume des mains tournée en dehors, les muscles extrêmement raides (raideur de bois) et opposant une résistance absolue à tout mouvement, les yeux un peu exorbités, donnent au faciès une expression étrange.

Cependant, on ne constate aucun trouble vaso-moteur de la face : celle-ci reste normalement colorée ainsi que les lèvres. Pas de signe de Babinski à aucun moment. Parfois, tout d'un coup, au cours de cette crise, le malade est animé de grands sauts, véritables « sauts de carpe » ou de gesticulations théâtrales.

La crise dure de un quart d'heure à demi-heure. Après la crise, le malade revient à l'état normal, et se plaint seulement de courbatures lombaires.

Le malade prétend qu'il ne se rend pas compte de ses crises. Toutefois, divers indices permettent de penser que la suspension de conscience n'est pas totale : à certaines crises, il se souvient de m'avoir vu à la fin de la crise. D'autre part, il ne se blesse jamais, malgré la violence apparente de ses mouvements. Enfin une fois, au cours d'une crise, nous avons annoncé à haute voix que nous allions rechercher le réflexe plantaire avec une aiguille, immédiatement le malade retira brusquement son pied.

L'atmosphère et les conditions psychologiques semblent avoir eu une grande influence sur l'évolution de ces crises : à son arrivée, le malade se croyait gravement malade et avait entendu parler d'encéphalite, les crises étaient extrêmement fréquentes et intenses. Après des examens minutieux, comme nous n'avons trouvé aucun signe organique, nous avons vivement rassuré le malade, tout en le soumettant au repos et à une bonne hygiène. Son état s'améliora alors de plus en plus. On vit reparaître quelques crises épisodiques toujours à l'occasion d'une contrariété. Il put sortir du service en bon état.

En raison de leur violence et de leur aspect impressionnant, ces crises peuvent poser des diagnostics difficiles et être confondues avec des crises convulsives vraies d'autant plus que parfois

le début de la crise est assez brusque et s'accompagne de chute. Le cas suivant en est un exemple :

Le soldat Ch..., 25 ans, est adressé avec le diagnostic de crises comitiales. D'après sa description, le début de la crise est brusque par une sensation d'oppression, il tombe aussitôt et se serait blessé plusieurs fois, notamment au menton. Ses crises auraient débuté à l'âge de 12 ans, à la suite d'un accident (chute dans une mare d'eau). La première crise est survenue 15 jours après.

Durant son séjour dans le service, aucune crise ne fut constatée durant un mois. L'examen neurologique restait négatif, mais le pouls était lent à 48-50. Ce qui frappait le plus, c'était l'extrême nervosité du sujet : petit, plutôt chétif, il était toujours en mouvement, marchant d'un pas rapide, précipité, parlant vite. Il recherchait le travail, l'activité, en ayant un besoin irrésistible et ne pouvant supporter le repos même un instant. Plein d'initiative et d'activité il se comportait parfois de façon un peu encombrante et en ne respectant pas toujours la discipline.

La première crise survint après plus d'un mois d'observation dans les circonstances suivantes : à la suite d'une remontrance, le malade éprouve une vive contrariété. Il se sent extrêmement énervé, des sueurs coulent le long du corps ; cet état dure environ 3/4 d'heure. Ayant très soif, il se lève pour prendre un bol sur la cheminée ; en buvant, ressent, dit-il, « comme une crispation, comme si les nerfs se tiraient », en même temps une sensation d'étouffement de poitrine serrée.

Nous n'avons pas assisté au début de la crise, qui s'est produite alors en présence d'un camarade, qui est venu chercher l'infirmier puis nous-mêmes.

On trouve alors le malade allongé à la tête de son lit. Le bol était cassé en plusieurs morceaux. Le malade se débattait, faisait de grands mouvements, se roulait par terre. On retourne la figure afin de faciliter la respiration, il roule encore sur le plancher jusqu'au bord de la fenêtre, se trouve coincé sous le lit d'un voisin, fait à ce moment des secousses larges des mains, puis se calme un peu.

On le voit alors les bras écartés en croix, la tête en hyperextension, les poings fermés, le pouce en dehors des autres doigts, *la face restant normalement colorée et les lèvres restant tout à fait normales, sans la moindre cyanose.*

On lève le malade en le soutenant sous les épaules. Ne se tient pas debout, et a l'air de se laisser tomber. On le porte sur son lit : quelques mouvements d'ascension du larynx, quelques efforts de vomissements. Réflexes tendineux normaux. Réflexes plantaires en flexion. Mais les mâchoires sont serrées et contractées. La crise dura ainsi environ 20 minutes,

Une telle crise est donc tout à fait différente de la crise convulsive épileptique. Il n'y a d'ailleurs aucun trouble vaso-moteur du visage et des lèvres et ce signe négatif est capital.

Cette crise est également bien différente de la crise de fureur ou d'automatisme que nous avons décrite plus haut : elle ne comporte pas la même violence, ni l'hébétude du visage.

Il semble qu'une telle crise soit intermédiaire entre les crises cataleptiques et les crises d'énervement que nous allons étudier maintenant.

F. — CRISES D'ÉNERVERMENT

Le lerne de ces crises les décrit très bien. Elles sont comparables en effet à des réactions d'agacement, à l'occasion de contrariétés, et elles respectent en général la conscience, n'agissant que sur la volonté. Mais tandis que dans les crises précédentes, cataleptiques ou catalepto-hypertoniques, la volonté est suspendue en tant que fonction d'initiative, ici elle est suspendue en tant que fonction d'arrêt. Le frein volontaire se relâchant, le malade se laisse aller à des décharges et à des réactions d'énervement.

Le soldat Th..., 26 ans, présente une série de crises que nous avons pu observer, chaque fois, à l'occasion d'une contrariété. Se met à tré-pigner, se roule par terre, aucun trouble vaso-moteur. La contrariété occasionnelle est souvent minime : une fois, le malade va chercher un colis qu'on lui avait annoncé, ce colis n'était pas encore arrivé, il sent, sous l'effet de la contrariété, la tête lui tourner, avec des sensations de battements, des courbatures dans les jambes et la crise commence.

Une autre fois, il trouve sa place habituelle prise au réfectoire, il remonte furieux et présente une crise. Une autre fois, il reçoit une lettre de sa fiancée qui lui demande quelques détails sur la maladie pour laquelle il est en traitement, aussitôt après la lecture, les mêmes malaises recommencent et la crise se déclenche.

Durant la crise, il ne perd pas vraiment conscience, il entend qu'on parle autour de lui, mais, dit-il, de façon confuse, éloignée.

Lorsque la crise est déclenchée, si les assistants sont nombreux, s'ils se précipitent pour essayer de maintenir le malade, la crise augmente d'intensité et se prolonge. Si, au contraire, on élimine les assistants et si le malade reste seul avec une personne calme, ferme, et lui en imposant par une bonne maîtrise de soi et par quelques paroles à la fois fermes et réconfortantes, la crise s'arrête aussitôt.

Une telle crise comporte donc une sorte de *sensibilisation aux contrariétés*, *sensibilisation qui se traduit par une sorte de défail-*

lance momentanée du contrôle volontaire, le malade se laissant aller à l'énervement. En un mot, il existe un trouble de la contention des réactions émotives ou affectives.

A quoi tient cette sensibilisation ? Nous allons en trouver l'origine d'une part dans une sensibilité constitutionnelle, d'autre part dans des chocs émotifs particuliers.

Au point de vue constitutionnel, ce malade a été toujours « un grand nerveux ». C'est un petit homme rageur, sensible, présentant une sorte de dynamisme et un manque total de contrôle de soi-même.

Son enfance et son adolescence ont été assombries par la vie dans un milieu familial très orageux : son père, éthylique et violent, exerçant, semble-t-il, une véritable tyrannie sur tous ses enfants. D'après l'enquête que nous avons pu faire, les autres enfants en ont également beaucoup souffert, mais ont supporté tant bien que mal ces conditions pénibles, jusqu'au moment où ils ont quitté la maison paternelle pour travailler. Notre malade s'est, au contraire, révolté. Il en est résulté, naturellement, des conflits aigus, et il dut quitter ses parents. Un jour, sur les instances d'un camarade, il essaie de revenir voir son père dans un but d'apaisement. Cette visite lui demandait un effort considérable. A peine entré, et dès l'arrivée de son père, il ressent des bourdonnements d'oreille, des battements dans les tempes, tombe par terre et se met à se débattre. Il en est sorti si fatigué qu'il a dû rester trois jours sans travailler.

Depuis lors, il est sujet à des crises analogues à la moindre contrariété. Mais l'épine initiale familiale est toujours présente dans son esprit. La preuve, c'est qu'il en rêve souvent. Par exemple, au cours d'une nuit ayant précédé une crise, il se voyait, dans son rêve, mis en joue et fusillé par 4 hommes parmi lesquels il reconnaissait son père.

En outre, la fatigue, l'insomnie, l'usage de boissons excitantes ou alcoolisées jouent un rôle considérable dans le déclenchement des crises. C'est ainsi que la période de crises qui l'a amené à l'hôpital a été consécutive à une permission. Pendant cette permission passée dans sa famille, le malade s'est beaucoup surmené, travaillant la journée aux champs, buvant pas mal de vin et d'alcool pour se remonter, se couchant tard et dormant mal. Ces conditions de fatigue, jointes aux causes émotives, ont préparé le terrain favorable à la genèse d'une période de crises.

Nous pourrions multiplier les exemples de crises analogues : tel le soldat L..., 26 ans, de tempérament très impressionnable, coléreux, ayant eu déjà dans la première enfance de petites crises où il trépirait, sujet ensuite aux étourdissements. Il devait partir en permission un soir. Au dernier moment, il apprend que sa

permission est refusée. Presque aussitôt il est pris de tremblement, se roule par terre, crie, etc...

Néanmoins, la contrariété ne joue le plus souvent que le rôle de cause occasionnelle. On peut noter également souvent en examinant ces malades une série de facteurs physiologiques qui précèdent les périodes où les crises sont fréquentes : très souvent, celles-ci s'établissent à la suite d'une véritable dépression nerveuse, que celle-ci ait été liée à des émotions, à des surmenages, à une maladie infectieuse, etc... D'autres fois, la crise est nettement intriquée avec des troubles neuro-végétatifs ou vaso-moteurs : tel ce malade sujet à des céphalées fréquentes lorsqu'il est dans un milieu surchauffé : son visage présente à l'état habituel une tendance à la vaso-dilatation ; dans les endroits fermés ou trop chauffés, cette vaso-dilatation s'exagère considérablement, le faciès devient littéralement écarlate, une céphalée vive survient, insupportable, qui aboutit à la crise de trépignement et d'énervement.

On saisit ainsi sur le vif l'enchaînement des troubles vaso-moteurs céphaliques et de la crise. Ces notions sont très importantes à retenir au point de vue du traitement.

Dans un autre cas, il s'agit d'un sujet gardant des traces d'une hydrocéphalie fruste de l'enfance ; lorsqu'il est fatigué et surtout lorsqu'il boit du vin, il présente des céphalées, des vertiges qui aboutissent souvent à une crise nerveuse.

Si donc ces diverses crises sont très sensibles à l'action psychothérapique, si elles peuvent souvent être arrêtées net par cette action psychothérapique, d'où leur dénomination fréquente de crises pithiatiques, elles n'en comportent pas moins une sensibilité nerveuse spéciale, sensibilité liée à la fois au terrain constitutionnel et à de multiples conditions physiologiques, notamment à la fatigue, à des causes toxiques ou neuro-végétatives.

II. — Nature et diagnostic étiologique des diverses crises nerveuses

Nous venons de suivre pas à pas les diverses variétés de crises nerveuses que nous offre l'observation clinique, variétés qui forment une gamme de réactions s'étageant, avec de multiples transitions, depuis les crises les plus profondes, les crises convulsives, jusqu'aux crises les plus légères, les petites crises d'énervement.

Quelle est maintenant la nature et l'étiologie de ces diverses crises ?

Si nous nous en tenons aux données encore actuellement classiques, il n'y aurait que deux variétés de crises nerveuses : la crise épileptique classique avec sa chute, sa perte totale de conscience, crise qui serait liée à une atteinte organique, et la crise pithiatique, crise légère, curable immédiatement par persuasion, et qui serait presque une manifestation fantaisiste.

Cette conception est un schéma qui ne considère que les deux variétés extrêmes de la série. C'est pourquoi elle établit une opposition aussi complète.

Sans doute, la grande crise convulsive typique est-elle bien la manifestation la plus caractéristique de l'épilepsie, mais l'épilepsie peut réaliser de nombreux équivalents frustes ou dégradés : des équivalents psychiques, des crises oniriques, stuporeuses, parfois même cataleptiques, des absences, etc...

Inversement, il serait dangereux de se fonder sur une apparence plus ou moins pithiatique des crises, sur la conservation de la conscience, de l'action apparente de la psychothérapie, pour conclure *ipso facto* à la bénignité absolue de ces crises. Des crises d'allure névropathique peuvent se voir dans les prodromes d'affections organiques diffuses, comme la paralysie générale, la sclérose en plaques, etc... ou de psychoses. Il faut donc procéder, en présence de crises nerveuses, à une analyse plus précise et plus profonde.

Le premier problème à trancher est de déterminer s'il s'agit de *crises épileptiques ou non épileptiques*.

La variété de la crise ne donne pas toujours la certitude en pareil cas, et il faut, après ce premier travail de classement, préciser les *caractères intrinsèques* de la crise.

Quelle que soit la forme qu'elle réalise, l'épilepsie garde presque toujours des caractères particuliers de brutalité, de brièveté, d'orages vaso-moteurs et organiques, de suppression de la conscience. Analysons successivement ces caractères.

BRUTALITÉ

Toute manifestation épileptique, qu'elle soit convulsive ou psychique, se produit en général de façon absolument soudaine, cataclysmique. L'épilepsie est le type de l'attaque brusquée. Le malade ne sent en général pas venir la crise et ne peut prendre de précautions. Il est comme foudroyé.

Or, nous avons reçu avec le diagnostic d'épilepsie une série

de malades qui sentaient le malaise s'établir progressivement. Les uns étaient atteints d'affections cardiaques et, au cours de marches, d'efforts physiques, ils avaient l'impression que leur tête tournait, puis finalement tombaient en proie à une lipothymie, à une syncope.

Les autres étaient des sujets touchés par le rhumatisme articulaire aigu et ressentait aussi soit à l'effort soit à l'occasion de distensions gastriques des malaises céphaliques plus ou moins lipothymiques.

D'autres présentaient des crises manifestement d'ordre anaphylactiques avec la survenue progressive de battements de cœur, de défaillance à l'occasion de crises d'urticaire, d'intolérance alimentaire. D'autres enfin souffraient simplement de réactions nerveuses consécutives à des spasmes coliques. L'un d'entre eux, au cours d'une crise d'entéro-colite aiguë, se trouvait en chemin de fer, il eut le temps, ayant été pris de coliques violentes, de gagner les cabinets et de s'accrocher. Là il se trouva mal.

Dans tous ces cas, il ne s'agit pas d'épilepsie, mais de réactions lipothymiques consécutives à des troubles circulatoires, digestifs, anaphylactiques, etc... *Sans doute il existe des formes syncopales d'épilepsie, mais cela ne veut pas dire que toute syncope est épileptique.* La syncope épileptique conserve ses caractères propres de brutalité : le sujet est frappé comme une masse.

On pourrait objecter que certaines crises ou manifestations épileptiques sont précédées de prodromes, d'auras : mais ces prodromes, ces auras gardent encore ce caractère d'extrême brutalité et de brièveté ; s'agit-il d'une aura visuelle ? C'est une lueur, un éclair. D'une aura sensitive ? Une douleur qui passe d'une façon fulgurante. D'une aura viscérale ? Un brusque vomissement. D'une aura psychique ? Une idée survient en étoile filante qui, à peine apparue, est déjà partie et oubliée.

D'ailleurs, ces auras sont si courtes que le sujet n'a pas le temps de prendre des précautions. A peine ont-elles surgi que la crise éclate. L'épilepsie peut être comparée à la bombe d'avion ; à peine en a-t-on entendu le sifflement que l'éclatement est produit.

BRIÈVETÉ

L'accident épileptique est un drame brusque et court. Tout se passe en quelques secondes, quelques minutes. Il faut noter cependant que parfois, notamment en cas d'état de mal, les crises paraissent être de plus longue durée, mais en pareil cas, il s'agit

de crises subintrantes, se soudant les unes aux autres. Chaque crise conserve son caractère de brièveté mais l'ensemble des crises donne l'aspect de manifestations plus étendues dans le temps.

Il faut également savoir distinguer la manifestation épileptique elle-même et les troubles post-épileptiques. La fin de la crise peut être suivie de réactions d'épuisement diverses qui peuvent se prolonger plus ou moins : stertor, état comateux, confusion, torpeur, sommeil, parfois même, comme nous l'avons observé nettement chez un de nos malades, un stade cataleptique plus ou moins long peut faire suite à la crise épileptique proprement dite.

ORAGES VASO-MOTEURS ET ORGANIQUES

L'orage vaso-moteur de la face est un signe particulièrement important. Le terme « orage » indique également sa brusquerie, sa soudaineté. La face devient soudain parfois d'une pâleur extrême. La cyanose des lèvres constitue notamment un signe capital qu'il faut toujours rechercher.

Cet orage vaso-moteur s'observe même dans les manifestations les plus frustes et les plus légères : c'est par là que l'absence épileptique se distingue des autres variétés d'absence si fréquentes dans certains états névropathiques ou psychopathiques : dans ces derniers, l'absence prend la forme d'une simple fuite de l'attention, d'une sorte de distraction, mais au cours de laquelle la couleur du visage ne change pas. Au contraire, dans l'absence épileptique, on est saisi par la courte pâleur du faciès. D'autre part, « l'absence » tranche beaucoup plus sur la période qui précède et qui suit. Nous nous souvenons ainsi d'une absence survenue chez un de nos malades pendant qu'il nous causait. Le changement de la physionomie fut tellement brutal et tellement impressionnant que nous eûmes un mouvement de recul. Quelques secondes après, la conversation reprenait comme si rien ne s'était passé et le visage reprenait sa coloration normale.

Ces troubles vaso-moteurs brusques, violents, profonds et extrêmement brefs conservent donc la marque spéciale de l'épilepsie.

D'autres perturbations organiques peuvent se produire. Sans insister sur les signes neurologiques, notamment pyramidaux transitoires qui se produisent parfois, mais qui manquent souvent, citons les nombreuses formes d'épilepsie viscérales : crise salivaire, nauséuse, intestinale, angoisse abdominale, voire même crise génitale. Des perturbations viscérales analogues sont

également très fréquentes dans les crises nerveuses non comitiales : les douleurs abdominales, la gêne gastrique et la fameuse boule dite hystérique, les formes d'angoisse précordiale ou épigastriques, les algies diverses, etc., en sont de multiples exemples. Mais ces divers malaises ne se produisent pas aussi brusquement et ne cessent pas aussi brutalement. Ils forment d'ailleurs souvent des prodromes plus ou moins longs de la crise, qui sont bien différents des auras épileptiques.

SUPPRESSION DE LA CONSCIENCE ET DU SOUVENIR

C'est également un des caractères essentiels de l'épilepsie à ce point de vue et il faut bien s'entendre sur la définition et la recherche séméiologique de ce signe. Si on prend à la lettre le schéma classique, seule l'épilepsie suspend la conscience, tandis que celle-ci est conservée dans les crises dites psycho-névropathiques. Cela n'est pas tout à fait exact. *La conscience peut être également soit plus ou moins suspendue, soit très obscurcie dans un grand nombre de crises non épileptiques.* Nous en avons rapporté plus haut divers exemples. C'est seulement dans les formes les plus légères des crises non épileptiques, dans les crises d'énerèvement d'allure pithiatique, que la conscience reste relativement conservée.

Même dans ces derniers cas, il faut encore prendre bien des précautions pour apprécier cette conservation relative de la conscience. Très souvent, si l'on n'assiste pas à la crise, les malades déclarent de bonne foi d'ailleurs qu'ils ont perdu conscience. La crise même névropathique donne en effet l'impression d'un grand bouleversement, et l'impression de lucidité peut disparaître. Il faut donc rechercher des *témoignages indirects et objectifs* permettant d'indiquer la relative conservation de la conscience : par exemple en tombant à terre le malade prend des précautions ostensibles pour éviter de se blesser ; il peut exécuter un ordre donné brusquement, par exemple de serrer la main, de lever le bras, ou bien il peut répondre par un geste adéquat à une parole prononcée : c'est ainsi que dans une des observations précédentes, lorsque j'annonçais que j'allais chercher le réflexe plantaire avec une aiguille, le malade retira aussitôt son pied, ce qui montre qu'il avait tout de même enregistré mes paroles.

On peut aussi essayer de faire préciser par le malade certaines circonstances extérieures au moment de la crise afin de voir si la mémoire a fixé quelque chose : Combien de personnes étaient autour de lui ? Que lui a-t-on dit ? Où se trouvait-il ? etc...

Bien entendu, ces recherches sont très délicates, et supposent que le malade est de bonne foi.

Un simulateur s'y déroberait, mais nous reviendrons plus loin sur le diagnostic de la supercherie en pareil cas.

En tout cas, il est souvent très difficile d'évaluer exactement le degré de l'engourdissement de la conscience, mais précisément dans l'épilepsie vraie il ne s'agit plus d'engourdissement mais d'une suppression totale. La crise est marquée par un trou complet dans la mémoire. Le malade n'a même pas le souvenir qu'il a été malade, qu'il a une crise. Il aurait l'impression qu'il ne s'est rien passé, s'il ne voyait parfois les traces de blessures, ou s'il ne ressentait la fatigue ou les malaises habituels qui suivent les crises.

Au contraire, dans une crise non épileptique, si le sujet peut ne pas se rappeler ce qui s'est passé durant sa crise, il se souvient plus ou moins vaguement qu'il n'a pas été bien, qu'il a eu une malaise, etc...

Cette question du souvenir de la crise est également liée au mode de début de la crise : si dans l'épilepsie, l'amnésie est, en général, totale, cela tient au début absolument instantané de la crise. Le sujet passe d'un seul coup de la conscience totale à la nuit totale. Au contraire, dans les crises non épileptiques, même très fortes, le début est plus progressif, le malade ressent d'abord de multiples malaises, sent sa tête qui tourne, a ensuite souvent l'impression qu'il perd connaissance, etc... Ce sont ces impressions initiales qui, restant ainsi dans sa mémoire, lui rappelleront ensuite qu'il a eu une crise. Ceci est si vrai que les rares crises comitiales qui peuvent laisser exceptionnellement un souvenir, sont les crises précédées d'auras. Le malade se rappelle l'aura, à condition que celle-ci n'ait pas été trop brève. Nous voyons encore combien ce caractère de brusquerie est important dans l'analyse de la comitialité.

Ces divers caractères doivent donc permettre à un observateur exercé et minutieux de reconnaître sous les aspects les plus disparates les manifestations épileptiques et de les différencier des nombreuses autres manifestations non épileptiques. Il existe néanmoins certains cas fort difficiles.

Ce sont d'abord les formes frustes d'épilepsie limitées à l'aura sans crises consécutives. Notre Maître, le Docteur Souques, les a particulièrement étudiées, et a même décrit certaines manifestations curieuses d'automatisme graphique. Toutes ces auras gardent néanmoins le caractère d'extrême brutalité et brièveté. Elles

sont en général conscientes et mnésiques, mais pas toujours au même degré. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois des auras psychiques caractérisées par l'apparition brusque d'une idée, toujours la même, être si rapides que le malade n'avait jamais le temps de fixer l'idée qui venait de passer dans son esprit.

D'autre part, les crises d'épilepsie partielle ne suppriment pas la conscience, comme le fait la crise d'épilepsie généralisée : on sait que *l'épilepsie bravais-jacksonienne* reste en général consciente, le malade assistant à sa crise, sauf lorsque la face se prend.

Il en est de même dans *certaines crises dites extra-pyramidales* : nous en avons étudié, il y a quelques années, une observation curieuse avec Poumeau-Delille. Nous en avons deux cas à Reims sur nos 83 observations de crises nerveuses.

L'une d'elles se produisait chez le soldat L..., 30 ans.

Brusquement son faciès rougit, devient écarlate, il place sa tête dans ses mains, a le corps plié en deux, le tronc en flexion, on a l'impression que la glotte est fermée comme s'il poussait. Souvent il tombe alors par terre, les bras étendus et tout le corps étant extrêmement contracturé. Le tout dure quelques minutes. Durant ces crises, la conservation de la conscience est complète. Le malade décrit ce qu'il ressent de la façon suivante : « Ça me fait d'abord comme une angoisse, je sens mon cœur qui bat, j'essaie de réagir, à un moment donné je ne peux pas respirer, je sais alors que c'est la crise. À ce moment-là, il y a des contractions nerveuses qui me font plier en deux, qui m'obligent à cacher mon visage, à tendre les membres. Rien à faire pour empêcher cela. »

On retrouve donc, en pareil cas, la brusquerie, la brièveté de l'épilepsie, ainsi qu'un violent trouble vaso-moteur du visage, mais la conscience reste parfaitement conservée. D'autre part, la crise s'accompagne d'un véritable spasme de torsion et d'une contracture de type extra-pyramidal.

Dans un autre cas, la crise survenait chez un sujet déjà porteur d'une hémiplégie avec héli-anesthésie liée à un syndrome thalamique. La crise consistait en une douleur brusque suivie d'une contracture avec torsion du tronc, puis se terminait par une crise de polypnée.

Comme on le voit, ces crises extra-pyramidales sont très spéciales et forment une partie des faits d'exception connus sous le nom d'épilepsie consciente.

Enfin, il existe les crises désignées par les classiques sous le nom d'hystéro-épilepsie. Ces crises sont en général fort mal définies.

nies. Elles consisteraient dans la combinaison des deux types classiques de crise : la crise épileptique, la crise hystérique. Cette combinaison se ferait de la façon suivante : le fond serait formé par des manifestations épileptiques organiques sur lesquelles se grefferaient des manifestations psychiques surajoutées. Cette classe ambiguë des crises hystéro-épileptiques a surtout été instituée pour répondre aux nombreuses crises qu'on ne pouvait pas classer dans le dualisme schématique de la crise organique et de la crise hystérique. On croyait qu'il ne pouvait exister aucune commune mesure entre l'organicité et le psychisme et aucune forme de transition. En fait, nous avons vu que l'ensemble des crises nerveuses représente une gamme de transitions marquant la suspension plus ou moins profonde du psychisme, suivant la profondeur de l'atteinte. Cette conception s'adapte infiniment mieux à la réalité souple de la clinique et ne nécessite plus pour expliquer les formes de transition d'imaginer des associations nosographiques.

Il est intéressant de préciser la proportion respective de crises épileptiques et de crises non épileptiques. Sur les 50 observations dans lesquelles nous avons pu observer rigoureusement les crises et élucider leur nature, nous avons trouvé la proportion suivante :

Crises épileptiques : 24.

Crises non épileptiques : 26.

Enfin, il faut y ajouter 2 cas de crises extra-pyramidales.

Une fois qu'on a donc procédé, grâce aux indications que nous venons d'exposer, à la discrimination des crises épileptiques des crises non épileptiques, il reste ensuite à faire une série d'enquêtes étiologiques.

Suivant les données classiques, la crise d'épilepsie représenterait seule une maladie organique, c'est-à-dire une maladie en rapport avec des lésions anatomiques, la crise non épileptique « c'est-à-dire la crise hystérique » serait simplement en rapport avec la suggestion et resterait donc par conséquent plus ou moins artificielle.

Ces données également très schématiques méritent d'être soumises à une analyse critique.

Sans doute les manifestations épileptiques sont-elles l'indice d'une atteinte plus sérieuse que les manifestations non épileptiques. Sans doute les crises comitiales sont-elles souvent symptomatiques d'affections organiques cérébrales : tumeurs cérébrales, syphilis nerveuse, méningo-encéphalites, traumatismes cra-

nio-cérébraux, et, même l'épilepsie dite essentielle est-elle bien souvent consécutive à des lésions cérébrales de l'enfance, notamment aux traumatismes obstétricaux, et à certaines encéphalites infantiles. Mais l'épilepsie n'est pas toujours l'expression d'une lésion permanente, elle peut constituer simplement une réaction à une cause passagère, notamment à une cause toxique. L'épilepsie consécutive à l'ingestion massive d'alcool en est un exemple, et certaines substances, telles que le cardiazol, employées actuellement par certains auteurs dans le traitement de certains troubles mentaux, déclenchent automatiquement une crise d'épilepsie typique. Il y a donc des épilepsies réactionnelles à des causes physiologiques, toxiques, réflexes, etc...

D'un autre côté, il serait inexact de dénier tout facteur physiologique aux crises non épileptiques. Tout d'abord celles-ci, comme nous l'avons vu plus haut, sont bien loin de se limiter aux crises dites pithiatiques. Ce serait une grave erreur de passer sous silence des crises stuporeuses, somnolentes, oniriques, cataleptiques dont la nature toxique est démontrée dans un grand nombre de cas par une série de faits cliniques, physiologiques et expérimentaux.

Quant aux crises les plus légères de la série, ces crises d'énervement et ces crises pithiatiques, leur interprétation est beaucoup plus complexe qu'on ne l'admet habituellement : ce n'est pas parce que ces crises sont sensibles aux influences psychothérapiques et notamment à certaines paroles, qu'il faut en conclure qu'elles sont uniquement le produit de la suggestion.

Nous avons vu tout d'abord que le propre de ces crises consiste dans un fléchissement spécial du contrôle volontaire. Les fonctions volontaires sont en effet doubles : tantôt elles consistent dans la mise en train, dans l'initiative, tantôt elles constituent un frein qui contient le reste du psychisme et notamment les réactions automatiques et affectives.

C'est l'atteinte de la première fonction, de la fonction d'initiative qu'on observe dans la crise de catalepsie, c'est l'atteinte de la deuxième fonction, c'est-à-dire de la fonction de contrôle qu'on observe dans la crise d'énervement. Or, à quoi est due cette atteinte de cette fonction de contrôle ?

Il existe d'abord souvent chez ces malades une prédisposition spéciale. On a beaucoup épilogué sur le caractère psychologique, dit hystérique. Il semble qu'on ait souvent exagéré dans un sens plutôt péjoratif, en mettant tous ces troubles sur le compte exclusif de la comédie, de la pathomimie et de la mythomanie, en vue de fins plus ou moins utilitaires.

Ce qui nous a frappé le plus chez un certain nombre de nos malades atteints de crises d'énervement, c'est la faiblesse foncière de la volonté. Il faut bien s'entendre à ce point de vue. Cette faiblesse de la volonté n'apparaît pas au premier abord. Il faut connaître à fond ces sujets et les voir vivre pour la dépister. En effet, suivant une illusion d'optique bien connue, ce sont les sujets qui ont la volonté la plus faible qui donnent au premier abord l'impression d'avoir le plus de volonté : ils ne peuvent se contenir, ils ne peuvent se discipliner eux-mêmes, ni s'astreindre à se plier aux exigences de la vie ambiante, ils sont donc souvent impératifs, coléreux, cassants, et, souvent, le manque d'équilibre est compensé chez eux par un dynamisme excessif. Tant qu'ils ne se heurtent pas à l'ambiance et qu'on cède autour d'eux, ils gardent souvent une bonne santé apparente. Ils usent même au besoin, s'ils ont l'impression que cela réussit, d'un peu de chantage. Mais, si l'ambiance résiste, et s'ils leur faut faire un effort sur eux-mêmes pour s'adapter, se discipliner au prix de certains sacrifices, c'est la révolte intérieure, la dérivation interne des énergies, et finalement les crises. En un mot, ces sujets ont parfois une psychologie dictatoriale.

D'un autre côté, ces sujets ont souvent un complexe d'infériorité lié à l'impuissance de leur volonté : de là de multiples réactions destinées à masquer cette faiblesse, réactions qui entraînent des apparences d'insincérité, et parfois même de duplicité. Leur conduite n'apparaît pas droite, ni bien claire. En outre, leur sentiment d'infériorité peut entraîner des réactions compensatrices gênantes.

Tel est parfois le terrain constitutionnel de ces sujets. Mais, bien entendu, de multiples facteurs pathologiques acquis peuvent aggraver notablement cette débilité constitutionnelle de la volonté. Parmi ces facteurs, il faut placer en tête les facteurs toxiques (alcool, tr. hépatiques, etc...) et les émotions.

Le rôle des émotions dans cette variété de crises nerveuses a donné lieu à des discussions vives : les uns déniaient tout rôle pathogénique vrai à l'émotion, les autres au contraire lui donnaient le rôle essentiel et font de ces crises de simples crises émotives. Les premiers appuient leur opinion sur le fait qu'il est exceptionnel de voir une crise pithiatique vraie au cours même d'une vraie émotion. Lorsqu'une émotion sincère secoue l'âme humaine, disait Babinski, il n'y a plus place pour l'hystérie. En effet, il faut bien distinguer les réactions vraies de la peur, et la crise nerveuse d'énervement. Au cours de la précédente guerre, nous n'avons jamais vu de crise d'énervement au cours des plus vio-

lents bombardements. Durant cette guerre-ci, et au cours des événements récents, nous avons eu l'occasion d'observer des sujets en proie à une émotion extrêmement violente à la suite de bombardements aériens : cette émotion se traduisait par les réactions de la peur, par des tremblements, des sursauts, des plaintes, des réactions vaso-motrices et d'abattement, mais nous n'avons pas vu, jusqu'à présent, au cours même du choc émotif, de crises nerveuses du type de la crise d'énervement ou de la crise hystérique, du moins chez des sujets jusque-là indemnes de crises nerveuses (1).

Mais, c'est un certain temps après l'émotion et après une période de latence, que les crises nerveuses se déclenchent. Nous en avons vu récemment quelques exemples frappants, notamment chez un soldat blessé en octobre dernier d'une façon très dramatique au cours d'une reconnaissance. Il a semblé tout d'abord bien supporter le choc et a été soigné dans diverses formations chirurgicales. Mais peu après sa blessure, il a commencé de présenter un amaigrissement progressif, de l'insomnie, des cauchemars, des troubles dyspeptiques, bref un véritable état de *dépression nerveuse*. C'est seulement après plusieurs mois d'évolution de cet état de dépression nerveuse que sont survenues les premières crises d'énervement à l'occasion de la moindre fatigue ou contrariété ! Que se passe-t-il en pareil cas ? L'émotion détermine un choc nerveux, et probablement une série de modifications physiologiques, à la faveur desquelles les fonctions volontaires fléchissent et les crises se déclenchent. Il ne faut pas oublier l'importance de ces dépressions préalables du système nerveux dans la genèse de nombreux troubles névropathiques ou psychopathiques.

Reste la question de certaines crises simulées. C'est là un problème très délicat. Notons tout d'abord qu'il est à peu près impossible de simuler une crise épileptique. Celle-ci est en effet très différente de ce que peut réaliser la volonté. Il est notamment un signe de la plus haute valeur et impossible absolument à simuler, c'est la cyanose des lèvres. On a vu parfois des sujets, après un entraînement spécial, arriver à imiter assez bien par une chute brusque, et l'imitation des convulsions, la crise d'épilepsie. On connaît l'anecdote célèbre d'Esquirol et de son élève Calmeil. Esquirol soutenait qu'il est rigoureusement impossible d'imiter une crise épileptique. Son élève Calmeil tombe soudain, et Esqui-

(1) Le choc émotif peut toutefois réactiver des crises nerveuses chez des sujets qui en sont antérieurement atteints.

rol s'écrie : « Le pauvre garçon, il est épileptique » ; se relevant aussitôt, Calmeil lui avoue la supercherie. Nous avons vu il y a quelques années un sujet qui imitait aussi de façon assez impressionnante la crise d'épilepsie, notamment par la brutalité de la chute, le cri initial, la mousse aux lèvres, etc... Mais il n'y avait pas chez lui la moindre trace de cyanose des lèvres. D'ailleurs, ces rares imitateurs incomplets n'arrivent à réaliser ce simulacre de crise en général qu'après une très longue observation et un entraînement très prolongé. En pratique, on peut dire que, pour un médecin bien expérimenté, la simulation de l'épilepsie est impossible.

Quant aux autres crises, leur imitation est évidemment d'autant plus facile qu'elles sont plus légères. Les crises de stupeur et de catalepsie vraies s'accompagnent en général d'une modification de l'expression minime qui est caractéristique : l'obnubilation spéciale de la stupeur confusionnelle, et d'autre part le faciès de mort du cataleptique, ce retrait si particulier de la vie du regard, ne peuvent tromper un œil exercé, et sont, vraiment, bien difficilement imitables.

Restent les crises d'énervement. Evidemment leur aspect peut être facilement réalisé par la volonté, et ici il n'existe pas de signes objectifs permettant de différencier à coup sûr la crise artificielle de la crise vraie. Dans les deux cas, d'ailleurs, il s'agit d'une modification de la volonté, et il faut reconnaître qu'extérieurement un fléchissement pathologique de la volonté ressemble beaucoup à une mauvaise volonté. Ceci est d'autant plus complexe que parfois, dans certains cas, la crise d'énervement peut être déclenchée plus ou moins suivant les circonstances : dans un cas que nous avons observé, le sujet, bien que saisi de la sensation intense d'énervement, pouvait en contenir les effets tant qu'il était en public, et c'est seulement lorsqu'il était seul qu'il se *laissait aller à la crise*. La décharge de la crise amenait seule le soulagement. Il eût été tout à fait erroné de conclure de ce fait qu'il s'agissait de crises artificielles ou simulées : certains troubles nerveux, lorsqu'ils ne sont pas trop intenses, peuvent être momentanément contenus par un effort de volonté, cela ne veut pas dire qu'ils sont voulus.

En pareil cas, le diagnostic et l'appréciation de la nature des crises résultent surtout d'une analyse pénétrante, impartiale et expérimentée de chaque cas individuel.

Rappelons toutefois qu'avant d'admettre l'idée d'une simulation, il faut avoir la certitude d'une réalisation du trouble en vertu d'une décision libre, consciente, en vue d'une fin utilitaire

logique. Bien des causes d'erreur peuvent entraîner un observateur imprudent à un diagnostic erroné de simulation.

Il faut savoir, en effet, que dans maintes psychoses et en particulier dans certains cas de catalepsie et de catatonie, le sujet est entraîné malgré lui à prendre des attitudes pathologiques. Il peut être conduit à réaliser des crises d'apparence fantaisistes et paradoxales en vertu d'une idée délirante, d'une hallucination impérative. Nous avons longuement insisté sur ces faits dont l'importance pratique est énorme. Ajoutons encore que nombre de ces malades, bien authentiquement malades, s'accusent eux-mêmes de « faire le fou ». Mais dans tous ces cas leur attitude pathologique n'a pas été prise librement. Leur volonté a été commandée, influencée, et mise en frein en quelque sorte malgré eux, et est impliquée dans un syndrome d'influence.

Dans d'autres cas, l'attitude prise par le malade est fixée de façon plus ou moins subconsciente, et est l'effet de processus psychologiques obscurs, dans lesquels l'influence de l'ambiance, de l'imitation, de l'entraînement et de l'auto- ou de l'hétéro-suggestion joue sans que le malade s'en rende un compte bien net. Dans tous ces cas, il ne s'agit pas de simulation. On a parlé de « simulation inconsciente », mais ces deux termes jurent ensemble, car, nous le répétons, la *simulation vraie* suppose la liberté de la décision psychique et la conscience. Il s'agit en général de sujets dont la volonté et la personnalité sont quelque peu affaiblies, et qui, par conséquent, sont plus accessibles aux influences extérieures. Comment jouent ces influences ?

Il y a d'abord l'action possible de l'imitation. Lorsqu'on étudie en série le problème des crises nerveuses, on s'aperçoit que, si l'on n'y prend garde, certaines crises nerveuses peuvent être contagieuses. On voit des malades, impressionnés par les crises de leurs camarades, présenter à leur tour des crises analogues, d'où l'importance des précautions consistant à isoler les malades atteints de crises.

Il y a ensuite l'action de l'entourage au cours des crises. Maintes et maintes fois, nous avons constaté le phénomène suivant : dès que le malade est en crise, une grande affluence se produit de camarades et d'infirmiers. La plupart sont fortement impressionnés, et cela se traduit soit par un certain affolement, soit par diverses manœuvres visant à contenir les mouvements du malade. Même si ces nombreux assistants restent immobiles, leur présence agit considérablement sur l'esprit du malade, et la crise en général se prolonge et s'intensifie de plus en plus. Il

suffit de l'arrivée d'une personne calme, ferme, décidée et pleine de sang-froid, inspirant la confiance, qui fasse sortir ces nombreux assistants, pour que la crise s'arrête souvent quasi-instantanément. Est-ce là une action suggestive ? Nous croyons plutôt qu'il s'agit d'une action affective, ou plutôt d'une de ces interactions psychologiques, de ce rayonnement dont l'action est si considérable sur les malades mentaux pourvu qu'il reste une ébauche de conscience ou même de subconscience.

La personnalité, la volonté et l'orientation psychologique du médecin et du personnel infirmier ont une certaine importance sur le pronostic et l'évolution de certaines crises névropathiques : l'attitude la plus néfaste est celle trop souvent prise de faiblesse et de violence combinée, si le malade sent qu'il impressionne par ses crises, inévitablement celles-ci vont se développer de façon outrancière. A ce moment, il peut arriver que l'entourage passe brusquement, comme cela est la règle, de la faiblesse aux outrages et à la violence, ce qui achève de détruire la confiance et de miner l'action thérapeutique. Au contraire, la bonne attitude est celle de la fermeté initiale jointe à la bonté : si le malade doit sentir autour de lui un parfait sang-froid, et surtout il est capital qu'il se rende compte que le médecin est rigoureusement insensible à toute tentation de chantage, cela dès le début. Par contre, ce médecin ferme et énergique doit garder pour son malade la plus sincère sympathie. Il doit toujours le considérer comme un malade, et ne pas le violenter ni l'humilier.

Reste la question de la suggestion et de la persuasion. Le mot suggestion indique l'idée d'une action par dessous. Lorsque la cohésion de la personnalité est affaiblie, le malade, avons-nous dit, est impressionné de façon inconsciente par les conditions de l'ambiance. C'est là un type d'action suggestive et d'hétéro-suggestion. Il peut aussi être sous l'influence de diverses préoccupations qui agissent sur son esprit, tel par exemple le malade qui restait sous l'influence du conflit avec son père, conflit qui réapparaissait dans ses rêves, et qui intervenait partiellement dans la genèse de ses crises. Il faut ainsi replacer ces phénomènes suggestifs dans le cadre des perturbations psychologiques ou, plus exactement, psycho-physiologiques qui les conditionnent.

Toutes ces notions demandent à être finalement analysées, car elles jouent un grand rôle dans la thérapeutique, du moins de certaines crises. C'est le problème que nous allons maintenant envisager.

III. — Conduite à tenir et principales indications thérapeutiques en présence des crises nerveuses

Les données thérapeutiques concernant les crises nerveuses résultent des diverses notions que nous venons d'exposer.

Trop souvent, cette thérapeutique reste trop schématique : d'une façon générale, les crises épileptiques évoquent le traitement par le gardénal, les crises non épileptiques le traitement par la persuasion et la suggestion. Au point de vue militaire, toute manifestation d'allure épileptique supposant une atteinte organique conduit le plus souvent à la réforme.

Cette conduite à tenir mérite d'être précisée et adaptée. Nous ne reprendrons pas ici les diverses médications symptomatiques utilisées dans le traitement de l'épilepsie (gardénal, bromures, tartrate borico-potassique, etc...) ni leurs indications respectives. Rappelons seulement qu'il n'est pas utile, dans le cas de crises rares, d'instituer tout de suite un traitement par le gardénal, ce traitement une fois institué devant être continu, et ses interruptions brusques favorisant souvent la reprise des accidents. D'un autre côté, il faut éviter dans la mesure du possible de commencer par de grosses doses, ou de donner le gardénal de façon irrégulière et variable, il y a intérêt à commencer par de petites doses et à monter ensuite très progressivement souvent centigramme par centigramme pour atteindre la dose *minima* compatible avec la suspension des accidents. C'est cette méthode que nous avons vue appliquée autrefois à la Salpêtrière dans le service de notre Maître, le Docteur Souques, avec de bons résultats. En outre, on peut suivre ainsi les divers stades de transformations et d'atténuation des crises, sous l'influence du traitement.

Le bromure conserve des indications avec ou sans régime déchloruré dans certaines manifestations peu fréquentes, et dans les formes mentales.

Enfin, il reste toujours capital de chercher l'étiologie de l'épilepsie, de pratiquer un examen neurologique minutieux, des examens de fond d'œil, sans oublier de rechercher tous les antécédents, les traumatismes, les traumatismes obstétricaux, les accidents de la première enfance, etc... Il ne faut pas oublier non plus qu'on peut voir de temps en temps des épilepsies réactionnelles à des causes toxiques (alcoolisme, tr. hépatiques, etc...) voire même humorales et hormonales, causes que l'on doit traiter énergiquement.

Au point de vue militaire la décision doit être prise après étude de chaque cas ; sans doute, dans l'ensemble, des crises épileptiques vraies paraissent incompatibles, tant pour le sujet que pour l'armée, avec la vie militaire. Toutefois, dans certains cas d'épilepsie réactionnelle passagère, il n'y a pas lieu de recourir automatiquement à la réforme, et même, dans certains cas, de manifestations frustes et rares, le sujet peut parfois être utilisé dans des services de l'arrière ou de l'intérieur.

Enfin il faut surtout, avant de prendre une décision, faire un diagnostic serré, et ne pas se contenter trop facilement en présence de tout malaise, de toute lipothymie, de ce diagnostic d'épilepsie qui ferait éliminer de l'armée des sujets qui ne sont pas justiciables de la réforme.

Il serait préférable, en pareil cas, que les médecins des unités, lorsqu'ils ont assisté à la crise, en donnent sur le billet d'hôpital une description séméiologique plutôt qu'un simple diagnostic : cette description séméiologique devrait comprendre des renseignements sur la brutalité du début, le mode de chute, l'état vaso-moteur du visage, la cyanose ou la non-cyanose des lèvres, la recherche du réflexe plantaire durant la crise, les symptômes post-paroxystiques, enfin la durée de la crise.

En ce qui concerne maintenant les crises non-épileptiques, nous venons de voir que, contrairement à une opinion trop répandue, ces diverses crises sont loin de se réduire à la crise pithiatique. Trop souvent, en pareil cas, le médecin, pour préciser son diagnostic en même temps que dans un but thérapeutique, se borne à essayer de provoquer une crise par suggestion pour arrêter ensuite celle-ci par contre-suggestion. Cette méthode nous paraît, surtout si elle est faite systématiquement, comporter de multiples inconvénients : la pratique qui consiste à réaliser, par des manœuvres suggestives, des symptômes pathologiques, n'est pas toujours à recommander ; certains sujets plus ou moins impressionnables ou troublés mentalement, tirent parfois de telles épreuves des éléments en faveur d'un syndrome ou d'un délire d'influence. La pratique de la psychiatrie nous a montré de plus en plus les inconvénients des diverses méthodes qui consistent à manœuvrer, à influencer de force la personnalité, à essayer de la dominer.

Quant aux tentatives d'essais de guérison par persuasion, elles se justifient lorsqu'on a observé au préalable les crises spontanées, et qu'on a des raisons de penser que ces crises ont des chances d'être améliorées par l'action psychothérapique. Cette

action psychothérapique dépasse d'ailleurs bien souvent de beaucoup l'action persuasive ou suggestive, et fait appel à des facteurs multiples. Résumons-en quelques-uns avec quelques indications principales.

La première question à résoudre est de savoir quel est l'état probable de la conservation de la conscience. Lorsque celle-ci est totalement supprimée, comme cela a lieu dans l'épilepsie, la psychothérapie, au moment de la crise, reste sans effet. Il en est de même lorsque la conscience est considérablement amoindrie, comme dans certaines crises de fureur ou d'automatisme alcoolique, au moment tout au moins du paroxysme de la crise : en pareil cas, tout l'effort se borne tout d'abord à prendre des précautions pour éviter les accidents ; enlever les objets, laisser un champ assez vaste au malade en le maintenant sous surveillance afin d'éviter qu'il se fasse du mal, lui enlever autant que possible la plupart des effets, les souliers, etc... afin de diminuer les chances de fuite, ou d'éviter des projectiles.

Mais il faut toujours guetter le retour de la conscience et tâcher de reprendre *contact* avec le psychisme dès que celui-ci se rétablit : parfois le *simple réveil du psychisme amène aussitôt la sédation de la crise*. Il s'agit en pareil cas de crises d'agitation liées à une sorte d'engourdissement au cours duquel se déclenchent une série de décharges automatiques. Vient-on à réveiller un peu le malade en lui causant, en sollicitant son intérêt, ces décharges se calment alors.

Dans certains cas, la conscience est moins diminuée et le désordre des actes est le corollaire d'un certain relâchement de la volonté. Parfois, en pareil cas, un commandement impératif, un ordre bref et ferme suffit à rétablir la volonté vacillante et à arrêter la crise. Ajoutons également que dans certaines crises d'énervement, on voit chez certains sujets se dessiner quelques tendances au ehantage. Il faut les arrêter immédiatement et vigoureusement. C'est ainsi qu'un de nos malades, à peine arrivé dans le service, et en pleine crise, déclarait que si on ne le laissait pas sortir il casserait tout et se jetterait par la fenêtre. L'énergie, la fermeté avec laquelle il lui fut répondu, le calma instantanément, et la crise s'arrêta. Parfois il est utile de disposer d'une manifestation un peu imposante pour couper net à des tentatives d'intimidation. Il est indispensable d'ailleurs que l'attitude du médecin et des infirmiers respire le calme, la force maîtresse d'elle-même, l'ordre et la sûreté de décision. Les malades sont très sensibles à cette atmosphère. Mais cette fermeté ne doit

jamais se départir d'une dignité et d'une bonté inséparables des fonctions médicales. Il ne faut jamais recourir aux injures, à l'humiliation, aux moyens blessants qui exaspèrent sans calmer. Il faut adopter, suivant l'expression de Pinel, une attitude « courageuse, imposante, exemple d'outrages et conforme aux droits sacrés de l'humanité ».

La confiance et le prestige qui entourent le médecin jouent un grand rôle dans ces guérisons psychothérapiques, et il est difficile de faire le départ en pareil cas entre ce qui revient à la suggestion et à ces facteurs affectifs si importants : c'est ainsi qu'une affluence non dirigée autour du malade en crise aggrave et prolonge celle-ci, alors que l'isolement ou une direction calme et ferme l'arrête aussitôt. Il faut veiller soigneusement à éviter toute atmosphère d'effolement et aussi toute sollicitude excessive ainsi que des manifestations où le sentiment tiendrait trop de place, ce qui tend à développer chez le malade la persévération plus ou moins subconsciente de symptômes pathologiques.

Au point de vue médicamenteux, on peut recourir avec profit, en présence de certaines crises d'agitation, à une injection de sédol ou de scopolamine. Mais cette mesure doit être surtout limitée à une action d'urgence. Il faut ensuite analyser le cas et soigner par l'hygiène physique et morale appropriées, ainsi que par les traitements étiologiques (traitements hépatiques dans le cas où l'alcoolisme est en cause, traitements de la dépression nerveuse, etc...)

Dans certains cas de crises d'allure plus ou moins pithiatique nous utilisons, afin d'empêcher le retour des crises, le traitement par la scopolamine chloralose, dont nous avons précisé la technique et les indications d'ailleurs très limitées dans une série de publications antérieures (1), (2), (3), (4). Mais, contrairement à l'opinion de M. Pascal, contre laquelle nous nous sommes élevés, nous estimons que ce traitement ne doit pas être institué dans un

(1) H. BARUK. — L'association scopolamine-chloralose. Action physiologique expérimentale et essais thérapeutiques en neuro-psychiatrie. *Gaz. méd. de France*, 1^{er} janv. 1934 et Thèse de notre élève Schachter, Paris, 1933.

(2) H. BARUK et MASSART. — Action physiologique expérimentale et clinique du scopochloralose et de la bulbo-capnine. *Ann. méd.-psych.*, n° 4, nov. 1936.

(3) H. BARUK, CORNU, MATHEY et Mlle GÉVAUDAN. — Action vasculaire du scopochloralose. *Soc. méd.-psych.*, nov. 1937.

(4) Enfin *Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale*, Masson, 1938. Chap. crises nerveuses, p. 345, et scopochloralose, p. 421.

Enfin, plus récemment, nous avons étudié l'action légèrement vaso-dilatatrice du scopochloralose sur la circulation cérébrale.

H. BARUK, RACINE, DAVID, VALLANCIER. — Congrès de Montpellier, 1942.

but suggestif. Nous nous sommes expliqués sur ce point (1). Cette association médicamenteuse agit surtout par son action pharmacodynamique sur le système neuro-végétatif et par son action sédatrice. Elle doit être peu renouvelée (laisser au moins huit jours entre la prise d'un cachet).

Il ne faut pas oublier surtout que les conditions hygiéniques jouent un rôle capital dans la thérapeutique de beaucoup de crises névropathiques.

Au point de vue militaire, certaines crises non épileptiques peuvent nécessiter la réforme ; ce sont celles qui sont symptomatiques de certaines affections du système nerveux au début (paralysie générale, sclérose en plaques, etc...) ou bien qui se produisent dans les prodromes de psychoses. Mais la plus grande proportion de ces crises non épileptiques sont susceptibles de récupération des malades, soit rapidement après des soins bien adaptés, soit lorsqu'il existe une dépression marquée, après un repos et une thérapeutique hygiénique d'une certaine durée (2).

(1) Des indications limitées de la suggestion thérapeutique et des dangers de sa vulgarisation. *Gaz. méd. de France*, t. 44. n° 8, 1937, et *Psychiatrie médicale*, p. 429.

(2) Cet article était rédigé en 1940. Depuis lors, nous avons pris connaissance d'une communication, à la Soc. méd.-psych. du 22 décembre 1941, de M. Dublineau, intitulée « Recherches sur 55 cas de crises nerveuses en milieu militaire ». Dans ce travail, M. Dublineau étend notamment le domaine de l'hystéro-épilepsie, en insistant aussi sur des formes de transition. Nous préférons toutefois préciser les degrés des crises psycho-névropathiques autres que les crises hystériques, tout en maintenant sur le plan clinique leur différenciation avec l'épilepsie, différenciation nécessitant souvent une observation directe de la crise, mais qui reste capitale au point de vue pronostic, thérapeutique et médico-légal.

ASSOCIATION PAROXYSTIQUE DE MÉLANCOLIE ANXIEUSE ET DE CRISE OCULO-CÉPHALOGYRE

PAR

RISER, DARDENNE et GAYRAL (de Toulouse)

On connaît la coexistence des éléments de la mélancolie avec des atteintes de la zone diencéphalo-mésocéphalique.

Il n'y a qu'à rappeler ce malade de Kleist, qui présentait des troubles de l'humeur, des idées de diminution et d'auto-accusation après avoir reçu une balle dans la région paraventriculaire, les observations quasi-expérimentales de O. Foerster, provoquant chez ses opérés des accidents semblables par électrisation du plancher du III^e ventricule ; le cas du malade de J. Delay, qui offrit le spectacle d'un état cyclothymique après une ventriculographie trop poussée ; enfin l'état mental de nombreux post-encéphalitiques.

Chez notre malade, on rencontre indissolublement liés des phénomènes neurologiques, hautement organiques et possédant une valeur localisatrice certaine, et des accidents psychologiques dépressifs typiques. Cette intrication, la formule stéréotypée des accidents, la longueur de l'observation (10 ans) permettent de rapprocher ce cas des observations que nous citons plus haut, avec ce que cela comporte pour l'explication de certains états dépressifs.

OBSERVATION. — Ce malade, actuellement âgé de 38 ans, présente, depuis 1934, des phénomènes paroxystiques, survenant sans cause déclenchante nette, une fois ou deux par semaine, assez régulièrement.

Ces crises débutent brusquement, de préférence avant le repas de midi ou vers 5 heures du soir, en plein travail, par des phénomènes

psychopathiques, toujours les mêmes, et qui consistent en angoisse extrême, sentiment d'attente, de crainte douloureuse d'un événement malheureux pour le malade ou sa famille, puis, bientôt, apparaissent des idées d'indignité, d'auto-accusation au sujet de sa profession, de ses devoirs familiaux et sociaux, des scrupules sur sa conduite actuelle et passée. Il doit interrompre ses occupations, il est assailli souvent par l'idée de fuite. Ces accidents s'accompagnent de striction thoracique et d'envie de pleurer. Cet état se prolonge ainsi pendant une demi-heure environ, moment où viennent se surajouter les manifestations oculo-céphalalgiques.

Celles-ci sont constituées par une crise tonique de plafonnement oculaire. Les globes sont fortement tirés vers le haut. La volonté réussit à les abaisser ou à les amener sur le côté, mais ils reviennent dans la position de plafonnement dès que l'action volontaire cesse. En même temps, la tête est portée en arrière, comme pour accentuer vers le haut la direction du regard, par une contraction incomplète des muscles de la nuque. Parfois la déviation oculaire se fait vers la droite, mais toujours avec le même caractère tonique et incoercible.

On constate également, pendant cette crise, l'exagération considérable de la palilalie habituelle à ce malade.

Cette crise dure ainsi, avec ses deux éléments oculo-céphalalgique et de mélancolie anxieuse, de trois à quatre heures, pendant lesquelles le malade reste prostré, dans un état cénesthésique extrêmement pénible. Rarement il s'agite, change de place, comme en proie à une grande instabilité motrice désordonnée. Il n'existe aucune obnubilation et, en dehors d'un léger brouillard oculaire au début, le malade, grâce à un effort de volonté, arrive à ne pas interrompre son travail. Pendant la crise même, il se rend compte de l'inanité de ses craintes, de ses scrupules, de sa tristesse, il essaye en vain de lutter contre eux. Elle cesse progressivement et aussitôt après elle, le malade récupère son état normal.

L'examen neurologique met en évidence, d'une manière formelle, un syndrome strié fruste : attitude figée du cou et du membre supérieur à droite, aspect soudé, défaut de balancement du bras ; palilalie, mouvement régulier — une à deux fois par minute — de mâchonnement, d'ascension du larynx ; trouble de la convergence, roue dentée au poignet droit.

Il n'existe chez cet homme aucun antécédent qui éclaire l'étiologie de ces accidents.

Il est important de noter que ces crises sont toujours semblables à elles-mêmes depuis 1934, et la première crise a comporté d'emblée l'association d'accidents psychologiques et de plafonnement, les premiers précédant les seconds. L'état de tristesse

morbide s'est toujours imposé avec la même force et la répétition des crises n'en modifie en rien la charge affective douloureuse, quelque habitude et connaissance qu'en ait pris, depuis si longtemps, le malade.

Il convient encore de souligner que cet homme gai, plutôt exubérant jusqu'en 1931 environ, a vu nettement son caractère se modifier dans le sens de la tristesse depuis cette date, fond caractériel qu'il possède actuellement entre les crises. La thérapeutique symptomatique a diminué la fréquence des crises, mais n'en a pas modifié les caractères et le déroulement.

(Clinique neurologique de la Faculté de Médecine, P^r RISER)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 10 Juillet 1944

Présidence : M. J. LHERMITTE, président

PRÉSENTATIONS

Adénome hypophysaire latent. Troubles de la régulation thymique. Intervention. Guérison, par MM. P. PUECH, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX.

L'observation que nous rapportons ici est intéressante à divers points de vue : en effet, il s'agit d'un adénome hypophysaire à symptomatologie très pauvre et qui cependant agissait d'une façon très considérable sur la régulation thymique, le comportement et la personnalité de la malade.

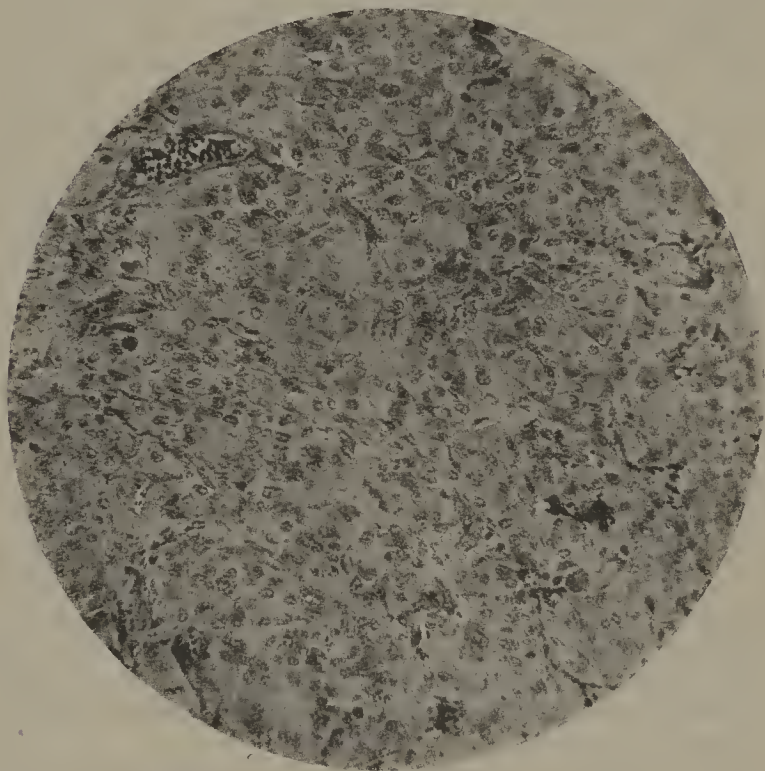
I. OBSERVATION. — Mlle M. R..., 24 ans, infirmière, fait, le 8 février 1943, une chute parfaitement accidentelle avec traumatisme et hématome sous-cutané dans la région frontale gauche. Cette chute est suivie d'une perte de connaissance de quelques secondes. On pratique alors des radiographies du crâne qui ne montrent pas de fracture, mais une selle turcique agrandie indique nettement l'existence d'une tumeur hypophysaire.

En interrogeant la malade, on apprend qu'elle n'a été réglée qu'à 18 ans et que, depuis cette époque, elle n'a eu ses règles que deux ou trois fois.

L'examen somatique montre des caractères sexuels secondaires normaux, sauf en ce qui concerne les seins et les mamelons qui sont

ceux d'une enfant de 10 ans. Il n'y a pas d'autre signe de la série infundibulo-tubérienne et hypophysaire. L'examen des yeux est normal sauf un très léger rétrécissement concentrique du champ visuel.

En raison de la latence et du peu de troubles causés par la tumeur, on décide d'attendre, tout en surveillant la malade. Mais à la suite



du traumatisme, des céphalées et des vertiges apparaissent et le champ visuel, examiné à intervalles réguliers, se rétrécit progressivement et l'on est amené, le 1^{er} avril 1943, à extirper l'adénome par voie frontale droite. Il s'agit d'un adénome ayant la taille d'une noix, situé dans la selle et à développement supra-sellaire modéré.

La tumeur est bien limitée. Elle est composée de cordons cellulaires anastomosés. Les cellules sont bien nettement limitées, d'assez grandes dimensions, polygonales ou arrondies, avec un protoplasme rempli de granulations sans affinité tinctoriale acidophile ni basophile. Elles peuvent être rapprochées de celles des adénomes à cellules intermédiaires de Krause ou à cellules de type chromophobe granulé de Dott

et Bailey. Cet ensemble établit qu'il s'agit d'un adénome chromophile. On note en outre des variations de dimensions des noyaux et quelques mitoses jointes à des images d'invasion du tissu scléreux périphérique.

Les suites opératoires furent normales et trois mois environ après l'intervention, la malade put reprendre son service d'infirmière.

On note alors un changement de caractère et de comportement qui frappe son entourage, ses collègues, sa famille.

L'histoire psychiatrique de Mlle M. R., que nous avons pu reconstituer de façon assez précise par l'interrogatoire de la famille et surtout grâce au fait qu'elle avait été, pendant deux ans, au service de l'un de nous avant d'entrer comme infirmière à Sainte-Anne, est la suivante : jusqu'à l'âge de 12 ans, comportement normal, certificat d'études. Puis, à partir de ce moment, changement progressif de caractère, elle devient instable, irritable, et petit à petit s'installe une timidité vraiment pathologique, consciencieuse mais irrésistible. Elle est serviable, intelligente, vive, mais dès qu'on lui adresse la parole, elle rougit, se trouble, « bafouille » et ne sait quelle contenance prendre. Dans les différentes places qu'elle occupe, tant chez ses précédents patrons qu'à Sainte-Anne, elle fuit l'approche et le contact de ses patrons, allant même une fois jusqu'à se cacher dans un placard de crainte qu'on lui adresse la parole. Elle reconnaît que cette conduite est absurde, mais ne peut s'en corriger.

Après l'intervention, au contraire, elle devient excitée, effrontée même, riant sans cesse et très haut, faisant des plaisanteries à tout propos et parfois fort lestes ; elle s'impatiente très facilement, discute les ordres qu'on lui donne, répond à la surveillante « que ce n'est pas son tour », qu'elle n'est pas là pour qu'on la fasse « tourner en bourrique », etc... De plus, il existe des troubles de la mémoire portant sur les faits récents et des troubles de l'attention extrêmement marqués. Chargée de faire des commissions simples, elle oublie en cours de route ce qu'elle doit faire. Les faits anciens sont bien conservés. La mémoire d'acquisition est franchement mauvaise.

Petit à petit, l'état hypomaniaque se calme et laisse la place à des petites manifestations paranoïaques. La malade devient plus calme, plus pondérée, son comportement est plus cohérent, son service est mieux fait, mais elle devient méliante, faiseuse d'histoires, s'occupe de tous les potins qu'elle peut entendre, qu'elle répète et amplifie et même à un moment présente quelques idées de persécution à base d'interprétations contre sa surveillante et ses collègues directes. Les troubles de la mémoire persistent. Depuis janvier ou février 1944, son comportement s'est normalisé, les tendances paranoïaques se sont estompées, les troubles de la mémoire ont considérablement diminué à tel point qu'elle a pu passer avec mention l'examen du diplôme de Sainte-Anne. Elle fait correctement son service, n'est plus timide. Ses règles n'ont toujours pas reparu.

II. COMMENTAIRES. — a) *L'existence de troubles psychiques par lésions ou irritations de la région hypothalamique* a déjà été rapportée par plusieurs auteurs. Il est banal de constater au cours d'interventions intéressant la partie antérieure du 3^e ventricule des accès d'excitation soit passagers sur la table d'opération, soit plus prolongés, perdurant trois ou quatre jours. Förster, en particulier, a rapporté l'observation d'un malade qui s'est livré à des facéties verbales et à des jeux de mots pendant une telle intervention. X. et P. Abély ont à plusieurs reprises insisté sur le rôle joué par l'hypophyse dans les états maniaques. Lhermitte et Guiraud, depuis longtemps, discutent sur l'importance du diencéphale et de l'hypothalamus dans la régulation thymique. Delay est récemment revenu sur la question. Notre observation tire tout son intérêt de ce que les circonstances ont fait que nous connaissions la malade depuis longtemps et que nous avons pu la suivre quotidiennement dans son milieu habituel avant et après l'intervention, ce qui réalise ainsi une véritable expérimentation.

Nous insistons pour terminer sur le caractère très atypique du syndrome psychique réalisé par la tumeur. Classiquement, les troubles décrits sont à type asthénique, les malades sont apathiques avec de brusques bouffées d'irritabilité. Notre malade était surtout timide, mais d'une timidité extrêmement intense retentissant profondément sur son comportement et sa vie sociale.

Les troubles de la mémoire qui ont été observés après l'intervention et qui ont régressé sont très comparables à ceux que l'on peut voir après électrochoe. Nous ne hasarderons point d'hypothèses pour leur assigner une origine frontale ou hypothalamique.

b) *Nous soulignerons la latence d'une telle tumeur hypophysaire* qui ne s'est manifestée organiquement pendant des années que par des troubles des règles pour lesquels la malade a subi plusieurs traitements par des hormones ovariennes sans que jamais une radiographie du crâne n'ait été pratiquée.

c) Du point de vue médico-légal il est important de noter que l'évolution clinique, jusque-là très lente et très discrète, a été précipitée par le traumatisme crânien. Dans de tels cas fréquemment l'on constate à l'intervention l'existence d'une hémorragie intra-tumorale ou d'un kyste. Il n'en est pas ainsi dans le cas présent. Il s'agissait d'un adénome solide banal. On doit donc

penser que le traumatisme a été l'occasion d'une poussée évolutive de l'adénome.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Les cinq observations de tumeurs cérébrales de Förster, concernant les rapports du syndrome de Korsakoff et de l'hypothalamus, montrent des résultats variables. Dans l'une d'elles, on observe une disparition d'un syndrome de Korsakow, après ablation de la tumeur. Dans les quatre autres, un Korsakow typique apparaît après ablation de ces tumeurs.

Il est plus fréquent de voir, dans les lésions de l'hypothalamus, amnésie et confusion qu'excitation. Quand l'excitation se produit, elle est due à la compression mécanique. Inversement, la compression des tubercules quadrijumeaux postérieurs entraîne de la somnolence. Donc, la compression de la paroi antérieure de l'hypothalamus amène de l'excitation. La paroi postérieure a au contraire un rôle excitant du sommeil.

Pour ce qui est de la présente observation, elle montre, certes, l'existence de quelques troubles du caractère, mais une tumeur donne surtout apathie, aboulie, asthénie, confusion, perte de la mémoire aboutissant à un état de sopor perpétuel. Les troubles du caractère ne sont donc pas absolument fondamentaux dans les tumeurs. Quant à l'état hypomaniaque, il existe rarement en dehors des cas où l'on excite directement l'hypothalamus. Je demanderai d'ailleurs à M. Marchand s'il a vu souvent des lésions de l'hypothalamus dans la manie.

M. MARCHAND. — J'ai observé dans un cas de psychose périodique des lésions inflammatoires de l'hypothalamus.

En matière de troubles psychiques post-opératoires il ne faut pas oublier de tenir compte de l'importance du traumatisme opératoire.

M. JEAN DELAY. — Dans le cas présent, il semble qu'il y ait deux ordres de faits : 1° un état qui semble bien hypomaniaque et relevant comme tel de troubles thymiques ; 2° un état confusionnel. L'intéressant, c'est précisément que ces deux ordres de faits soient associés. Il y a donc bien, comme je l'ai soutenu, deux régulations : thymique et noétique. Je crois que cette constatation devrait permettre aux vues de MM. Lhermitte et Guiraud de s'accorder.

M. LHERMITTE. — Sans reprendre la discussion qui a eu lieu, à la séance du 25 juin, sur cette question, je suis d'accord pour reconnaître que l'hypothalamus joue un rôle dans les troubles thymiques et caractériels, mais il y a plus souvent des troubles confuso-oniriques. M. Guiraud, au contraire, localise dans l'hypothalamus les troubles du caractère. Ici je ne suis plus d'accord avec lui. Je pense qu'on ne peut négliger, à ce point de vue, la corticalité cérébrale.

**Tumeur [frontale méconnue chez un alcoolique épileptique,
par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX, J. NAUDASCHER et SUTTEL.**

OBSERVATION. — Fin mai dernier est entré dans notre service un malade, âgé de 57 ans, qui venait de présenter, depuis quelques jours, un état confusionnel. Le début avait été brusque. Précédé la veille de quelques malaises, l'onirisme s'était déclenché en pleine nuit, avec agitation très marquée, hallucinations et illusions visuelles et auditives. Il voyait sa sœur religieuse, morte depuis quelque temps ; le Christ lui apparaissait ; des lampadaires brillaient autour de lui ; un prêtre lui donnait l'ordre de tuer sa femme s'il ne voulait pas être tué lui-même. Des idées de mysticisme, de persécution, d'empoisonnement, de jalousie se montraient très actives. Par deux fois il essayait d'étrangler sa femme et menaçait son fils d'un couteau. Conduit à l'Infirmierie spéciale il était encore en plein onirisme.

A son arrivée à l'Admission, l'état confusionnel est déjà très atténué. Le malade est présent, assez bien orienté, mais les faits actuels se fixent encore mal. Quelques hallucinations auditives, bientôt dissipées, persistent seules. Mais les idées délirantes ne sont nullement rectifiées. Le malade, au contraire, brode sur les scènes oniriques récemment vécues ; il les amplifie et les enrichit constamment avec de nombreuses variantes. C'est une fabulation incessante à laquelle s'associent l'excitation psychique, l'euphorie avec mobilité de l'humeur, le théâtralisme et la turbulence.

Les signes physiques paraissent typiques de l'éthylisme : visage couperosé et congestionné, gros foie et tremblement des mains sans aucun autre symptôme neurologique. La tension artérielle est normale (16-9). Les réactions spécifiques du sang et du liquide céphalo-rachidien sont entièrement négatives, sauf une légère albuminose à 0,55. Lencocytes 0,8, Benjoin 00000.02222.00000.

Le malade est un vieil alcoolique ayant fait des excès de boisson dès son jeune âge. Il est sujet aux cauchemars. Peu après son mariage il a manifesté quelques troubles du caractère associés à des idées de jalousie qui depuis quelques années, étaient devenues nettement délirantes, basées, semble-t-il, beaucoup plus sur des faits imaginatifs que sur des interprétations véritables. En dernier lieu, il soupçonnait sa femme d'avoir des rapports avec son fils, qu'il croyait d'ailleurs n'être pas de lui. Il a déjà fait des séjours dans un service libre d'un hôpital parisien et dans une maison de santé spécialisée pour des épisodes aigus qualifiés de congestifs. En somme, nous avons l'impression d'un délire alcoolique subaigu qui, dans sa période d'atténuation, offre l'aspect d'un syndrome psychique de Korsakow.

Cependant, depuis 9 ans, un autre symptôme important s'est manifesté ; le malade présente des crises épileptiformes espacées et irrégulières.

gulières. En 1935, à l'âge de 48 ans, il fut pris brusquement, pour la première fois, « d'un état de mal » qui dura 24 heures. Il ne reprit connaissance que trois jours après et fut atteint, pendant les deux jours suivants, d'une hémiparésie et d'une aphasie tout à fait transitoires. Après une cure de désintoxication, tout entra dans l'ordre. Toutefois, un an après, apparut une crise isolée et les crises se répétèrent par la suite, sans régularité, tous les six mois environ, avec morsure de la langue, perte des urines, stertor et amnésie consécutive. Depuis lors, nous avons appris rétrospectivement quelques détails qui n'avaient pas attiré l'attention. Au début de sa crise, le malade faisait un demi-tour, fléchissant un bras, et tombait sur un côté. Plus récemment, il souffrait de fourmillements dans un bras, plus marqués au réveil, et allant parfois jusqu'à une sorte d'engourdissement. Depuis 1941, les manifestations comitiales étaient devenues plus espacées, mais plus graves. Une fois par an, on observait un véritable état de mal, précédé d'une céphalée très vive et suivi d'un état confusionnel, avec onirisme de type myotique assez analogue à celui observé avant l'internement actuel. Notons que l'état onirique récent n'avait pas été précédé de crise.

Nous devons signaler que le malade, qui jusque-là n'avait pas pris de médicament, était traité, depuis 1941, par le gardénal et le solantyl. Dans le même temps, le caractère était devenu de plus en plus difficile, irritable, impatient ; les idées de jalousie, comme nous l'avons indiqué, s'aggravaient de plus en plus. On pouvait noter quelques petits troubles de la mémoire et une légère diminution de l'acuité visuelle. Par ailleurs le malade ne présentait aucun affaiblissement intellectuel et avait continué à travailler, en dehors des courtes périodes de fatigue laissées par les crises, jusqu'au jour de son internement. Les phénomènes épileptiques et les troubles concomitants avaient été mis, par tous les médecins qui ont vu le malade, sur le compte de l'alcoolisme cérébral aggravé par une présénilité commençante. Cependant, depuis les restrictions, le malade buvait modérément et, depuis quelques mois surtout, était presque abstiné.

Durant le court séjour à l'Admission, les symptômes mentaux paraissaient s'amender, mais le malade gardait une vive hostilité à l'égard de sa femme. Cependant, cette dernière vint, le dimanche 4 juin, lui faire sa première visite. Il la reçoit très mal, s'éloigne d'elle, s'irrite, exprime des menaces. Son visage se congestionne et il tombe brusquement dans un état de mal. La femme, habituée à la terminaison favorable de tels états, se retire sans grande inquiétude, rassurant même les infirmiers. Une thérapeutique est rapidement instituée : gardénal sodique, acécoline, ponction lombaire qui montre un liquide légèrement hypertendu. Mais le malade meurt dans la nuit sans être sorti du coma.

Avant de terminer cet exposé clinique, nous rapporterons un fait curieux que nous n'avons appris que postérieurement : la sœur du malade serait morte exactement au même âge d'une tumeur cérébrale.

L'autopsie ne déceit pas de lésion viscérale, sauf un foie volumineux pesant 1.750 gr. Le cerveau est congestionné et l'on découvre une tumeur frontale du volume d'une noix (de 3 cm. de diamètre environ). Cette tumeur siège exactement au niveau de la deuxième frontale droite ; à la partie moyenne, à 5 cm. du pôle frontal, elle est de couleur gris-rosé, de consistance ferme, proéminente sous la pie-mère ; sur la coupe vertico-transversale, on la voit envahir la première frontale. Il n'y a pas d'athérome des artères de la base. Au microscope, on déceit un astrocytome à petites cellules présentant quelques cavités de désintégration et, par places, des cellules monstrueuses.

Cette observation nous paraît présenter plusieurs points intéressants :

1) C'est tout d'abord la difficulté du diagnostic de tumeur cérébrale chez les alcooliques, en l'absence de signes de localisation. MM. Marchand et Dupouy ont présenté, ici même, en 1942, un cas de tumeur chez un éthylique qui ne fut soupçonnée que grâce aux modifications importantes du liquide céphalo-rachidien.

2) Signalons aussi la longue évolution de ce gliome qui a débuté il y a une dizaine d'années, évolution qui se serait prolongée sans doute encore si un accident occasionnel n'était survenu.

3) Il y a lieu de remarquer de plus la progression des tendances fabulatoires qui ont abouti à un véritable syndrome de Korsakow. Il semble que ce syndrome, qui représente une confusion mentale atténuée, soit assez communément rencontré dans les lésions cérébrales et notamment dans les tumeurs.

4) Il faut souligner encore que la présence des crises épileptiques chez un alcoolique chronique ne doit pas être sous-estimée. Il ne faut pas accepter sans plus une pathogénie toxique ou autotoxique mais songer à une lésion cérébrale : méningite chronique, sclérose diffuse et peut-être tumeur. M. Marchand a insisté sur la fréquence de ces lésions.

5) Notre observation montre aussi le rôle des états émotionnels ou coléreux dans le déclenchement des crises comitiales chez les épileptiques avérés. Un mécanisme endocrinien, neuro-végétatif, vasomoteur, explique bien ce déclenchement. Chez notre malade, une poussée congestive, visible extérieurement, a prélué à l'état de mal. MM. Marchand et J. de Ajuriaguerra ont rapporté récemment des cas de crises épileptiques provoquées par un élément de « surprise ».

6) Nous voudrions soulever enfin un problème : celui de l'indication de la ponction lombaire dans les états de mal. Dans le

cas de tumeur cérébrale méconnue on fait courir au sujet le risque d'une mort rapide. Ce ne fut d'ailleurs pas le cas de notre malade qui mourut plusieurs heures après dans un coma qui ne fut pas aggravé par des phénomènes bulbaires surajoutés. Envisageant la question de façon plus générale, en dehors même des éventualités de tumeurs, il était classiquement admis jusqu'ici que l'état de mal répondait à une hypertension du liquide céphalo-rachidien, que la ponction lombaire ou mieux ventriculaire venait décompresser. Chez notre malade la ponction lombaire a d'ailleurs décelé une certaine tension liquidienne. Cependant, les neuro-chirurgiens — et M. Puech en a notamment rapporté plusieurs cas — admettent actuellement que l'état de mal peut être lié à une hypotension ventriculaire, ce qui contre-indiquerait la pratique systématique de la ponction lombaire.

DISCUSSION.

M. BUVAT. — Je crois qu'actuellement on peut dire que le traitement d'urgence de l'état de mal est la trépano-ponction exploratrice. Cette intervention peut montrer des lésions et donner des possibilités thérapeutiques. Elle est moins dangereuse que la ponction lombaire, au cas où cet état de mal serait symptomatique de tumeur cérébrale.

Quant à la confusion avec l'alcoolisme, j'ai observé le cas d'une femme qui présentait des troubles rapportés à tort à des abus d'alcool et qui était porteuse d'un volumineux astrocytome frontal.

Modifications cardio-vasculaires observées au cours des cachexies chez les psychopathes, par MM. P. Ad. CHATAGNON et Jean MABON.

Dans nos services il nous est donné d'observer actuellement trois catégories de cachexies :

a) celles dont le déterminisme est seulement en rapport intime avec le déterminisme des manifestations psychopathiques ;

b) celles qui sont liées essentiellement à un trouble d'utilisation nutritive, avec apport alimentaire suffisant ;

c) celles qui sont provoquées par une insuffisance d'apport alimentaire : les vraies cachexies de famine, les plus nombreuses.

Or, nous avons constaté (1) que la mort de sujets cachectiques

(1) P. CHATAGNON et J. MABON. — Les variations pondérales et la période critique au cours de la psychose maniaco-dépressive en temps de restrictions alimentaires. *Ann. méd.-psych.*, 12 juin 1944.

était très souvent difficile à expliquer par des lésions viscérales macro ou microscopiques, et que celle-ci devait être due vraisemblablement dans un grand nombre de cas à des altérations marquées des fonctions vitales essentielles du système nerveux central. Or, sachant l'importance de la nutrition cérébrale par l'intermédiaire du réseau vasculaire, il nous a paru intéressant de rechercher si nous pouvions trouver par l'étude du fonctionnement cardio-vasculaire un faisceau de faits susceptible de nous éclairer. C'est le résumé des résultats de quelques-unes de nos constatations que nous vous rapportons ci-dessous. Les observations de cachexies chez 12 de nos malades femmes ont été prises au hasard, sans égard au syndrome mental en cause, à l'âge des sujets, ni au passé « circulatoire » des malades.

1. OBSERVATION 289.142. — 70 ans. Démence sénile. Cachexie du type C. Taille : 1 m. 43. Poids : 34 kg. (juillet 1944).

Appareil cardio-vasculaire : assourdissement des bruits du cœur. Quelques extrasystoles. Pouls : 50. T.A. : 14-9. Electrocardiogramme : D I : inversion de T et de P. D II : inversion de P et de T et crochetage sur RS. D III : inversion de P et T à convexité supérieure. Prédominance droite.

2. OBSERVATION 239.477. — 60 ans. Délire chronique hallucinatoire chez une syphilitique, à réactions humorales négatives. Cachexie du type C. Taille : 1 m. 59. Poids : 45 kg.

Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : 18-9. Electrocardiogramme : D II-D III : inversion de P et de T. En D I : inversion de T, disparition de P. Prédominance gauche. Orthodiagramme : léger élargissement du pédicule vasculaire sans modification des ombres cardiaques. Le réseau vasculaire et bronchique peut être suivi. Quelques nodules calcifiés aux hiles, surtout à droite.

3. OBSERVATION 245.362. — 30 ans. Déséquilibre psychique, comportement schizophrène. Cachexie de type C. Taille : 1 m. 57. Poids : 34 kg. 400. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : 10, 5-8. Electrocardiogramme : D I : inversion de T, disparition de P. D II et D III : inversion de P et T. Orthodiagramme : images pédicule cardiaque et cœur : normales. Ombres hilaires floues.

4. OBSERVATION 286.651. — 57 ans. Psychose d'épuisement avec idées de persécution chez une israélite. Cachexie du type C. Taille : 1 m. 57. Poids : 37 kg. 7. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux mais assourdis. T.A. : 9-6. Electrocardiogramme : extrasystoles ventriculaires. Ligne isoélectrique uniforme avec comme seul accident l'onde rapide. Faible voltage. Orthodiagramme : légère saillie de l'oreillette et du ventricule droits. Ombres hilaires plus marquées à droite.

5. OBSERVATION 249.000. — 56 ans. Délire chronique hallucinatoire. Cachexie du type C. Taille : 1 m. 64. Poids : 33 kg.

Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : 13-7,5. Electrocardiogramme : inversion de P et de T dans les trois dérivations. Orthodiagramme : image normale. Arborisations bronchiques et vasculaires très nettement dessinées.

6. OBSERVATION 282.202. — 39 ans. Manie chronique. Cachexie du type C. Taille : 1 m. 64. Poids : 35 kg. 5. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : entrée : 16-10, en juillet 1944 : 13-9,5. Electrocardiogramme : arythmie ventriculaire. Crochetage sur onde rapide en D III. Inversion de P et de T en D I et D II. Orthodiagramme : incurvation de la crosse aortique, augmentation de volume du ventricule gauche.

7. OBSERVATION 273.747. — 32 ans. Schizophrénie. Cachexie de type C. Taille : 1 m. 58. Poids : 36 kg. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : 13-9. Electrocardiogramme : arythmie ventriculaire. Inversion de P et de T dans les trois dérivations. Prédominance gauche. Orthodiagramme : image normale. Arborisations bronchiques surtout nettes à droite. Aspect pommelé des poumons avec perte de substance juxta-hilaire droite.

8. OBSERVATION 287.176. — 41 ans. Mélancolie délirante. Cachexie de type A. Taille : 1 m. 54. Poids : 31 kg. 600. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux mais assourdis. T.A. : 10, 5-6. Electrocardiogramme : inversion de P et de T dans les trois dérivations. Faible voltage.

9. OBSERVATION 231.072. — 49 ans. Affaiblissement psychique vésanique. Cachexie type C. Taille : 1 m. 61. Poids : 31 kg. 300. Appareil cardio-vasculaire : cœur : bruits normaux. T.A. : 16-11. Electrocardiogramme : inversion P et T en D I et D II. Crochetage sur QR en D II.

10. OBSERVATION 287.610. — 65 ans. Affaiblissement psychique avec idées délirantes de persécution. Cachexie type C. Taille : 1 m. 53. Poids : 37 kg. Appareil cardio-vasculaire : cœur : clangor 2^e bruit. T.A. : 22-12. Electrocardiogramme : inversion de P en D II et D III et de T dans les trois dérivations. Prédominance gauche.

11. OBSERVATION 245.352. — 60 ans. Mélancolie stuporeuse. Cachexie type C. Taille : 1 m. 46. Poids : 35 kg. en mai s'élevant progressivement à 51 kg. 500 en juillet par suite d'œdème des membres inférieurs et viscéraux sans lésion rénale. Appareil cardio-vasculaire : cœur : assourdissement des bruits. T.A. : 11,5-7,5. Electrocardiogramme : ligne isoélectrique droite interrompue seulement par l'onde rapide. Très faible voltage.

12. OBSERVATION 289.019. — 63 ans. Syphilis cérébrale. Cachexie type A. Taille : 1 m. 64. Poids : 42 kg. 700. T.A. : 10-6,5. Electrocardiogramme :

me : inversion de P et de T en D I, D II, D III. En D II et D III : crochetaage sur RS.

Si dans tous les cas la cachexie se traduit par un effondrement de la courbe pondérale ce n'est que dans près de la moitié des cas (5 fois sur 12 : obs. 12, 6, 3, 11, 8) que nous observons une baisse notable de la tension artérielle par rapport à ce qu'elle était avant la période de cachexie. Dans 7 cas sur 12 nous constatons au contraire une baisse légère ou le maintien de l'équilibre tensionnel (obs. 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10).

L'électrocardiogramme montre dans tous les cas des anomalies dont la plus fréquente (12 fois sur 12) est une inversion des soulèvements P et T dans les deux premières dérivations traduisant vraisemblablement des troubles profonds de la nutrition de la fibre myocardique et la souffrance du myocarde, faits que traduisent également l'arythmie extra-systolique des cas 6, 7, 4 et le faible voltage généralement observé (obs. 3, 4, 6, 8, 5, 11, 12).

Conclusions : Les troubles profonds de la nutrition cellulaire que signe l'effondrement pondéral au cours des cachexies — quelle que soit la pathogénie de celles-ci — s'observent également au niveau de l'encéphale par l'intermédiaire du maillon vasculaire. Le fléchissement des fonctions cardio-vasculaires se traduit essentiellement : par une baisse tensionnelle forte ou légère fréquente et des modifications électrocardiographiques constantes. A noter aussi la variabilité des modalités réactionnelles du tonus cardio-vasculaire suivant les potentialités biologiques (état d'intégrité de l'appareil cardio-vasculaire, de l'élasticité des vaisseaux, des équilibres endocriniens, etc.) antérieures des sujets.

Psychose périodique à évolution grave. Echec de l'électrochoc. Succès de l'insulinothérapie, par MM. Jean DELAY, Paul NEVEU et R. LEULIER.

La malade que nous présentons a été internée à la Clinique pour un état d'excitation psycho-motrice de type maniaque alternant avec des accès confusionnels de durée variable.

Les traitements habituels, et en particulier l'électrochoc, n'ont produit que des sédations ou des améliorations tout à fait transitoires des symptômes. Craignant le passage à la chronicité et

encouragés par un résultat heureux obtenu quelques mois auparavant et dont nous avons rapporté l'observation (1), nous avons pratiqué une insulinothérapie. Le retour à l'état normal obtenu en cours de traitement persiste toujours depuis.

OBSERVATION. — Mlle Lucienne Z. est âgée de 19 ans lorsqu'elle est admise au Service de la Clinique, le 25 août 1942. Elle présente un état d'excitation qui a débuté brusquement, le 16 août : sa tante lui ayant fait une observation, elle s'agite, répond par des propos étranges et incohérents. Les jours suivants, aggravation progressive : dépenses inutiles et inconsidérées, euphorie, jovialité, expansivité, tendance aux fugues, désir de quitter à tout prix son domicile, même en se jetant par la fenêtre.

Le 20 août, elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle, où l'on note un état confusionnel avec excitation, agitation, propos incohérents, opposition. Elle doit être maintenue.

Le 8 septembre, après une brève rémission, la malade présente un tableau de manie typique avec excitation psycho-motrice, turbulence, hypersémie et hypermimie, causticité, jeux de mots ; variabilité du comportement : présentation parfois indifférente avec inertie et opposition, hostilité vis-à-vis des membres de sa famille.

Nous notons un accès analogue, le premier semble-t-il, au mois de mars précédent ; accès toutefois beaucoup moins intense et d'assez courte durée, n'ayant pas nécessité le transfert dans un hôpital.

L'examen physique est entièrement négatif. La malade est assez bien réglée. C'est pendant les règles que la crise s'est déclenchée.

Dans les antécédents collatéraux, nous notons qu'un oncle paternel a présenté des troubles mentaux : psychose maniaque-dépressive probable. Une tante paternelle s'est suicidée par pendaison, au cours d'un accès de mélancolie anxieuse, pendant le séjour de notre malade à l'hôpital.

Le 12 octobre, l'état maniaque persistant sans modification, on commence une série d'électro-chocs. Au troisième choc, on peut supprimer le maillot. Et, après le quatrième, l'agitation disparaît complètement, mais pendant 48 heures seulement.

Jusqu'au 20 janvier, 17 électro-chocs sont pratiqués. Pendant cette période, cinq phases d'agitation plus ou moins intense, durant de deux à dix jours, et se manifestant parfois par une simple hypomanie avec irritabilité et troubles de l'humeur, alternant avec autant de phases de calme avec lucidité et conscience de l'état morbide, qui durent de trois à quarante jours.

Le 6 février, très court accès confusionnel pendant les règles. Pendant tous les accès suivants, dont la durée est de quatre à cinquante

(1) Manie grave. Echec de l'électro-choc. Succès de l'insulinothérapie. Constatations électro-encéphalographiques. *Soc. méd. des hôp.*, 26 nov. 1943,

jours environ, espacés par des intervalles lucides de plus en plus courts, c'est toujours l'élément confusionnel qui domine, accompagné de mutisme, opposition, ébauche de négativisme, refus d'aliments par périodes nécessitant l'emploi de la sonde.

L'électro-choc a été continué, intercalé avec d'autres thérapeutiques. La malade a reçu au total : 42 séances d'électro-choc, 12 injections de nucléinate de soude, 2 injections de vaccin antigonococcique, 4 injections de Dmelcos, 10 injections de cardiazol.

Enfin, alors qu'elle ébauchait un délire avec érotisme très accentué, on a pratiqué 5 injections d'acéto-stérandryl.

Le 13 décembre 1943, lorsqu'on commence l'insulinothérapie, la malade fait, depuis quinze jours, un épisode subconfusionnel avec désorientation, fausses reconnaissances, perplexité, opposition, troubles du caractère.

On obtient le premier coma le 23 décembre. Dès le quatrième coma on note une amélioration très sensible : la malade est lucide et bien orientée ; elle désire travailler et commence un ouvrage. Les troubles du caractère ont presque disparu.

A partir du 6 janvier, c'est-à-dire au sixième coma, retour à la normale. Mlle Z. est redevenue douce, affectueuse, souriante. Elle fait une critique convenable de sa maladie et ne s'explique pas, dit-elle, pourquoi elle « était comme ça ». Pour la première fois depuis son admission dans le Service, sa famille la trouve tout à fait bien.

On continue le traitement jusqu'au 27 janvier.

La malade a fait au total 22 comas d'une durée variant d'une demi-heure à deux heures. A neuf reprises, elle a fait une crise épileptiforme. Ces crises survenaient précocement pendant la phase de somnolence du précoma ; elles réveillaient instantanément la malade pour quelques minutes, mais n'empêchaient pas le coma. Une fois seulement, il y a eu deux crises dans la même matinée et, ce jour-là, on n'a pu parvenir au coma. Comme, d'une façon générale, elles ne nuisaient pas au traitement, on n'a pas cherché à les combattre. Nous n'avons eu aucun autre incident.

La quantité totale d'insuline utilisée a été de 3.090 unités.

Pendant les sept semaines de traitement, le gain de poids a été de huit kg.

Après la cure, Mlle Z. a repris progressivement un travail actif, ce qu'elle n'avait jamais pu faire depuis son entrée, même pendant les phases de rémission. Sortie le 13 avril 1944, elle continue de mener une vie normale.

Les conclusions que nous pouvons tirer de ce cas sont très superposables à celles de l'observation dont nous parlions plus haut. L'échec de l'électro-choc qui n'est pas rare dans la manie périodique, comme nous l'avons déjà signalé, doit faire mettre en jeu les autres thérapeutiques biologiques et en particulier

l'insulinothérapie surtout quand on peut redouter, comme c'était ici le cas, un passage à la chronicité.

DISCUSSION

M. RONDEPIERRE. — Dans notre ouvrage avec M. Lapipe, nous rapportons l'observation inverse d'un sujet insulino-résistant et amélioré par l'électro-choc. Il faut donc savoir utiliser toutes les thérapeutiques.

Syndrome basedowien avec exophtalmie unilatérale régulièrement prémonitoire d'accès maniaques récidivants. Résultats de l'épreuve à la thyroxine, par MM. Jean DELAY, P. NEVEU et M^{me} LEULIER.

Nous présentons aujourd'hui une malade dont l'observation nous paraît particulièrement intéressante au point de vue doctrinal concernant les rapports entre certains syndromes basedowiens et le système nerveux central (1).

Voici son histoire :

OBSERVATION. — Mme Z., Rachel, âgée de 43 ans, israélite turque, elle vit en France depuis l'âge de 7 ans. Son père, alcoolique chronique, est mort à 40 ans, de tuberculose pulmonaire. Sa mère est décédée au même âge d'une affection cardiaque. Aucun antécédent psychopathique dans la famille. Elle sait lire, écrire, un peu compter, mais elle n'est jamais allée à l'école. Elle a travaillé très jeune. Mariée à 19 ans, elle a eu 3 enfants. C'est à l'occasion de sa première grossesse, à 23 ans, après un accouchement difficile, qu'elle a fait son premier accès d'excitation, mais il est de courte durée. Elle sort un mois après. Les accouchements suivants ne s'accompagnent d'aucun trouble mental. Ce n'est que 16 ans plus tard, en juillet 1939, que survient le deuxième accès. Il est, lui aussi, de courte durée, puisqu'elle sort en août 1939. Mais, à partir de cette date, les accès se succèdent sur un rythme de plus en plus rapproché, puisqu'en 1940, de mai à novembre, elle est internée trois fois. De 1941 à 1944, elle fait 15 séjours à Saint-Antoine. Au début, les accès ont une durée de quatre à six semaines, le D^r Plichet note dans son certificat que « par les séances d'électro-choc, ces périodes sont raccourcies, mais que le laps de temps pendant lequel la malade ne présente pas de troubles mentaux dépasse rarement 15 jours ». Elle entre à la Clinique en janvier 1944 et, là, nous pouvons assister à l'évolution de trois accès maniaques dont un au cours du traitement à l'insuline et le dernier six semaines après

(1) Nous remercions vivement M. le D^r Plichet, qui nous a envoyé cette malade.

la cure. Au début de chaque accès nous avons observé, fait que M. le Dr Plichet avait déjà noté à St-Antoine, l'apparition brusque d'une exophtalmie surtout marquée du côté droit. Elle s'accompagne, pendant les trois ou quatre premiers jours, de signe d'hyperthydie. Tremblement fin et continu des extrémités digitales et linguales. Tachycardie à 112. Légère augmentation du corps thyroïde avec vaso-dilatation locale. Réflexes tendineux vifs.

Amaigrissement de un kg. en 15 jours. Pas de diarrhée. Pas de polyurie. Un métabolisme basal, pratiqué la veille du début de l'agitation, n'était pas élevé. Métabolisme basal : + 5 0/0.

Au cours de l'évolution, et très rapidement, ces divers éléments du syndrome de Basedow disparaissent et seule persiste l'exophtalmie. Cette exophtalmie unilatérale droite, marquée par un élargissement de la fente oculo-palpébrale avec protrusion des globes oculaires et éclat du regard, s'accompagne de larmolement et d'un certain degré d'asynergie oculo-palpébrale. Pas de parésie de la convergence. On note du tremblement à l'occlusion des paupières, la rareté du clignement. Il n'existe pas de mydriase. Dans l'intervalle des accès, l'œil droit ne reprend pas complètement sa place l'orbitale et il persiste une très légère asymétrie.

L'examen oculaire nous a montré qu'elle pouvait être liée à un certain degré de myopie. Il n'en est pas moins vrai que cette exophtalmie augmente considérablement au moment des accès maniaques. Le fond d'œil est normal. L'examen clinique et une radiographie orbitaire nous permettent d'éliminer une cause tumorale ou traumatique. Une radio de la selle turcique est normale.

Le diagnostic qui se pose en présence de cette exophtalmie est-il celui d'un trouble sympathique d'origine hormonal ? Au point de vue neuro-végétatif, l'examen ne permet pas de mettre en évidence, du moins à la phase moyenne de l'accès, une hypersympathicotomie très marquée.

Le réflexe oculo-cardiaque est positif : 84-72.

Epreuve de Danielopolu : tonus sympathique : 112 ; tonus vagal : 36, mais la paralysie du X a cependant nécessité une dose importante d'atropine : 2 milligrammes 1/2 en I.V.

L'infiltration à la novocaïne du sympathique cervical supérieur a réduit en partie l'exophtalmie et nous avons constaté un myosis. Une première infiltration a été immédiatement suivie d'une nette accalmie pendant la journée et la nuit suivante.

Epreuve à la thyroxine. — Encouragés par ce résultat, nous avons alors pensé que l'on pourrait agir plus directement sur les hormones hypophysaires thyroïdiques et nous avons injecté pendant cinq jours deux milligrammes de thyroxine par voie sous-cutanée. Cette épreuve a montré plusieurs faits intéressants :

1° un abaissement de la température centrale qui est restée presque constamment entre 36°2 et 36°8 et a atteint 35°7 ;

2° un ralentissement notable du pouls à 60 pendant toute la durée de l'épreuve ;

3° une diminution très nette de l'exophtalmie ;

4° enfin une diminution de l'excitation psychique. La malade, au lieu de chanter à moitié nue sur son lit, reste enfouie sous sa couverture, comme si elle était tout à coup devenue frileuse. La nuit, elle n'est plus signalée comme agitée. Elle reste excitable mais spontanément ses manifestations bruyantes ont cessé.

Ainsi la thyroxine semblait avoir agi comme si elle avait saturé une hormone hypophysaire thyroïdienne trop active ou secrétée en trop grande quantité. Son action sur l'exophtalmie, en même temps que sur l'agitation, permet de penser qu'elles ont peut-être une même origine diencéphalo-hypophysaire.

Cette observation pose donc le problème des rapports entre certains syndromes basedowiens et le système nerveux central. Un certain nombre d'arguments expérimentaux, anatomiques et cliniques existent en faveur d'une théorie neuro-pituito-thyroïdienne et nous les rapporterons ultérieurement dans un travail d'ensemble.

Déjà, en 1923, Waldrop avait pensé que les signes oculaires de la maladie de Basedow paraissaient liés à des perturbations diencéphaliques. Les cas d'exophtalmie au cours de la maladie de Cushing ou d'acromégalie sont bien connus. Viallefont et Lafon en 1934 s'appuient sur les cas de nombreux Basedow apparus au cours ou à la suite d'encéphalite ou de diverses affections neurologiques localisées à la région mésencéphalo-diencéphalique. Pour eux, les signes oculaires sont liés à des troubles parétiques et hypertoniques qui évoquent certains aspects du Parkinson.

Les travaux de Vilbagen viennent confirmer tous ces faits et concluent à l'existence d'un syndrome de Basedow d'origine centrale diencéphalique.

Envisageons maintenant le problème des rapports de la manie et du diencéphale qui a fait l'objet des travaux de M. Guiraud et de l'un de nous. M. Guiraud avait rapporté à la région hypophyso-tubérienne les symptômes mentaux d'ordre instinctivo-affectif.

D'autre part, dès 1933, M. Abély avait insisté sur l'hyperplasie hypophysaire dans la psychose maniaco-dépressive. On tend actuellement à admettre que les interactions de l'hypophyse et du diencéphale sont si importantes que c'est ce dernier qui joue finalement le rôle régulateur essentiel. L'un de nous a récemment réuni les faits expérimentaux, anatomo-cliniques et thé-

rapeutiques qui montrent le rôle important de cette région dans les états maniaques.

Le problème qui se pose est alors le suivant : Existe-t-il, au cours de ces états psychiques, des syndromes de Basedow de même origine ? La concomitance de signes de Basedow et d'états maniaques serait à la fois un argument en faveur de la valeur localisatrice diencéphalique de ces états et, en même temps, un argument en faveur de l'origine centrale de certains syndromes de Basedow.

Cette conception nous paraît proche de celle défendue par MM. X. et P. Abély. Dans leur article sur les interactions hypophyso-thyroïdiennes dans la manie, ces auteurs insistent sur le rôle essentiel de l'hyperhypophysie. Notons qu'ils emploient des injections d'extraits thyroïdiens et qu'ils obtiennent dans la majorité des cas une atténuation de l'agitation.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui nous semble intéressante à un double point de vue : d'une part elle pose le problème des rapports de la manie et de certains syndromes hyperthyroïdiens et, d'autre part, elle apporte une contribution à la question encore controversée des rapports entre ces syndromes basedowiens ou parabasedowiens et la région diencéphalo-hypophysaire.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Le problème de l'origine centrale de certains Basedow a été posé depuis longtemps. Personnellement, j'ai observé des Basedow au cours du tabès, de la sclérose en plaques, de l'encéphalite épidémique.

M. X. ABÉLY. — Cette observation m'a beaucoup intéressé, car elle confirme l'opinion que Paul Abély et moi-même avons émise sur les inter-réactions entre la thyroïde et l'hypophyse dans les états maniaques. Les signes basedowiens souvent constatés dans la manie sont, croyons-nous, secondaires à une hypersécrétion hypophysaire. Mais cette relation n'est pas la seule observée. La manie peut coïncider avec une hypothyroïdie et, par exemple, avec un traitement trop intensif du goitre exophtalmique. Dans ce cas, il y a réaction compensatrice de l'hypophyse. Ceci nous paraît bien prouver que ce qu'on trouve toujours à la base des états maniaques, c'est un hyperfonctionnement pituitaire.

M. LHERMITTE. — On peut se demander si certains troubles thyroïdiens ne sont pas secondaires à l'excitation. La rage, la colère, entraînent une excitation non seulement surrénale, mais aussi thyroïdienne.

M. Jean DELAY. — Dans notre cas, l'exophtalmie unilatérale était prémonitoire de l'accès maniaque. Je précise que l'existence d'une exophtalmie hypophysaire n'est plus discutée. Elle était rappelée, récemment encore, par M. Justin-Besançon.

Syndrome mélancolique pseudo-déméntiel chez un lacunaire.
Constataction encéphalographique. Action de l'électro-choc,
 par MM. Jean DELAY et M^{lle} J. MOREAU.

Nous présentons aujourd'hui un malade qui est surtout intéressant par son atypie.

OBSERVATION. — Il s'agit de M. K., âgé de 63 ans, et dont voici l'histoire :

En février 1940, alors âgé de 59 ans et jusqu'alors très bien portant, il commence à présenter étourdissements, vertiges et pertes de connaissance, puis il devient triste, refuse de manger, commence à déraisonner, et, amené à Sainte-Anne, il est interné avec le certificat suivant de M. Bessière : « Mélancolie d'involution ; ralentissement psychique ; tristesse, anxiété par intervalles, Idées d'indignité et de culpabilité : il a volé son patron, il a filouté les assurances sociales ; il déshonore sa famille et la société ; vagues idées de suicide ; refus d'aliments, état général médiocre ; amaigrissement. »

Il reste interné 1 an 1/2 à Perray-Vaucluse sans changement. Comme il est calme, sa famille le reprend, mais le ramène en février 1944, pour voir s'il n'y a vraiment rien à faire.

C'est donc 4 ans après le début de la maladie que nous le voyons pour la première fois.

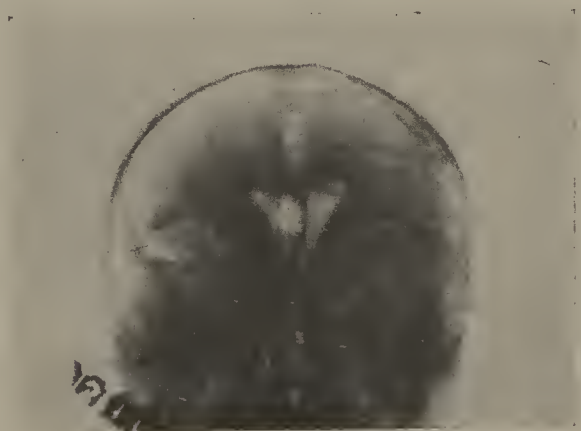
Il est très peu mélancolique. Pas d'idées tristes, pas d'anxiété, pas d'idées délirantes. Ce qu'il a de mélancolique, c'est l'ensemble du jeu psychique. C'est l'aboulie, le manque d'initiative, la pauvreté idéique, la monotonie des idées ; c'est encore la lenteur des associations.

En regard de ce syndrome mélancolique appauvri, est apparu par contre tout en cortège de manifestations psycho-motrices d'apparence plutôt neurologique que psychique ; nous disons qu'il est apparu, car il n'en est fait mention dans aucun des certificats précédents ; et ces manifestations psycho-motrices sont au premier plan du tableau clinique.

C'est d'abord *l'akinésie*. Le malade reste indéfiniment immobile, le faciès est immobile et sans expression, le regard perdu dans le vague ; il n'ébauche aucun mouvement, présentant seulement sans fin un mouvement de mâchonnement. Cependant, il mange seul, s'habille quand on le lui ordonne, n'est pas gâteux.

Cette akinésie s'accompagne d'une *perte des mouvements automa-*

tiques ; marchant, il ne balance pas les bras ; poussé en avant, il tombe sans esquisser le moindre mouvement pour se retenir. Tombé à terre, il reste là où il est tombé, dans l'attitude où il est tombé, présentant le phénomène de l'oreiller psychique. Il conserve indéfiniment



toutes les attitudes qu'on lui impose. Et du syndrome catatonique, il présente encore la persévération des mouvements : une fois lancé, il ne s'arrête plus et continue sans fin.

Done, un syndrome de passivité, d'inertie psycho-motrice considérables.

On note en outre :

1° une raideur musculaire généralisée prédominant au membre

supérieur droit : il est impossible d'obtenir un relâchement musculaire ;

2° un tremblement intermittent du membre supérieur droit également ;

3° de gros troubles de l'équilibre avec écartement du polygone de sustentation, oscillation pendulaire à la station debout, et chute en arrière lors de l'occlusion des yeux ;

4° un syndrome de Parinaud avec limitation à peu près complète des mouvements des globes oculaires vers le haut et latéralement.

Notons quelques signes négatifs : il n'existe ni troubles cérébelleux, ni troubles de la sensibilité profonde, ni syndrome vestibulaire. Les réflexes tendineux sont vifs, mais il n'existe aucun signe pyramidal ; aucun signe de Babinski.

Au point de vue général, le malade est en bon état ; il a repris du poids, mais l'examen révèle de grosses lésions de sclérose vasculaire. La tension est à 20-13 ; il existe un énorme souffle systolique qui s'entend sur toute la surface de l'aïre cardiaque ; à l'électrocardiogramme, des extrasystoles ventriculaires. Pas d'albumine dans les urines ; l'urée sanguine est à 0 gr. 40. Le malade est donc incontestablement un artério-scléreux.

Quand on voit ce malade pour la première fois, ignorant le début si typiquement mélancolique de sa maladie, on ne peut pas poser un autre diagnostic que celui d'une démence artério-scléreuse : l'aspect du malade, la démarche à petits pas, le machonnement, le ralentissement intellectuel, l'indifférence plaident autant en faveur de ce diagnostic que la constatation d'une sclérose vasculaire.

Cependant il est à remarquer que le déficit psychique est modéré : les jugements élémentaires sont assez bons, la mémoire est relativement conservée, et, mot par mot, le malade est capable de raconter les étapes essentielles de sa vie. Il n'existe aucune désorientation, mais les associations sont très lentes, et l'apathie motrice se double d'une apathie intellectuelle considérable.

Donc, cliniquement déjà, on est frappé du contraste qui existe entre l'apparence de grande démence et la conservation relative de l'intelligence.

On pratique une *encéphalographie*. On retire 120 cc. de liquide céphalo-rachidien. On injecte 135 cc. d'air. L'aspect révélé est des plus intéressants.

Les ventricules sont modérément dilatés : le droit un peu plus que le gauche et l'ensemble du système ventriculaire est un peu dévié vers la gauche.

Tout l'hémisphère droit est séparé de la paroi par environ 1 cent. d'air, alors qu'il n'y en a pas entre la paroi et l'hémisphère gauche.

Mais surtout, un peu partout, se dessinent des zones où il y a de l'air, là où il aurait dû y avoir du cerveau, au niveau de la faux, de la région occipitale, de la base. Les sillons sont dilatés diffusément,

formant par endroits de véritables laes qui se projettent en plein hémisphère.

En un mot, l'encéphalographie révèle un *aspect lacunaire diffus*. Cet aspect a une valeur indiscutable, le professeur Cl. Vincent parle de l'encéphalogramme reproduisant l'aspect du cerveau à la manière d'un calque. Ce que l'encéphalographie ne dit pas, c'est pourquoi il y a des lacunes, ni à quelles lésions étiologiques elles répondent : atrophie, séquelles de ramollissement, etc...

Le fait essentiel est celui-ci : notre malade a le terrain clinique du lacunaire ; il en a aussi les lésions cérébrales.

L'encéphalographie a eu un double intérêt : 1° elle a révélé *in vivo* l'aspect lacunaire ; 2° elle a eu une action thérapeutique : les jours suivants, malgré une violente céphalée, le malade est plus vif, il prend quelques initiatives, il répond mieux ; puis il retombe dans son marasme au bout de quelques jours.

C'est alors qu'on commence le traitement par les électro-chocs. Au huitième électro-choc, c'est brusquement le miracle. Tout disparaît, non seulement les troubles psychiques (le malade est gai, vif, plein d'entrain), mais aussi tous les troubles d'aspect neurologique : plus de démarche à petits pas, plus de troubles de l'équilibre, plus de mâchonnement, plus de conservation des attitudes. L'hypertonie a disparu, la motilité oculaire est redevenue normale.

Il sort de l'hôpital en avril et, plus gai qu'il n'a jamais été, il reprend une activité normale ; mais il accuse les nombreux signes fonctionnels habituels aux hypertendus : vertiges, mouches volantes, doigts morts, pollakiurie nocturne, etc...

Cette guérison dure deux mois puis, progressivement, survient la récurrence et le malade revient dans le service le 15 juin. Il est un peu triste ; tous les signes psycho-moteurs sont réapparus, mais moins intenses qu'ils n'étaient lors de son premier séjour.

Ce sur quoi nous voulons insister à propos de cette observation, c'est :

1° le tableau trompeur réalisé après 4 ans d'évolution par cette mélancolie passée à la chronicité.

Tableau trompeur : a) par la disparition des idées tristes et la réduction du psychisme mélancolique à l'inhibition ; b) par l'adjonction à cette inhibition psychique d'une inhibition motrice considérable avec akinésie, catalepsie, perte des mouvements automatiques, etc...

Et quand nous avons vu ce malade pour la première fois, il se présentait comme un pseudo-bulbaire, comme un lacunaire, comme un dément artério-scléreux, mais pas comme un mélancolique.

2° Ce qui nous paraît encore intéressant, c'est l'effet de l'encéphalographie et de l'électro-choc. Nous avons fait de l'électro-choc parce que l'indifférence et l'apathie nous ont fait soupçonner une grande part d'inhibition derrière ce tableau de démence.

Il s'agissait d'une mélancolie pré-sénile chronique : au début de sa maladie, le malade avait exprimé quelques idées de négation ; l'état général mauvais était redevenu florissant. Or, cette mélancolie chronique a entièrement guéri par l'électro-choc dont l'action a pris, dans le cas de notre malade, la valeur d'un véritable test thérapeutique.

3° Notons enfin l'intérêt de l'encéphalographie tant par les aspects lacunaires diffus qu'elle a révélés que par son action thérapeutique : elle a entraîné une brusque modification de l'état thymique comme nous l'avons déjà signalé en plusieurs observations, sans qu'il soit possible d'analyser son mode d'action précis.

4° Mais le fait le plus important de cette observation nous paraît être la disparition sous l'effet de l'électro-choc, non seulement de signes psychiques, mais de tous les signes neurologiques : hypertonie musculaire, tremblement, hyperréflexivité, troubles de l'équilibre et syndrome de Parinaud.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — On voit souvent des faits de cet ordre, dans lesquels le malade, qui paraît dément, ne l'est pas. La preuve, ici, c'est que l'électro-choc l'a amélioré. Or, il avait des troubles neurologiques, y compris un syndrome de Parinaud, tous états connus dans les états lacunaires (surtout ceux de la base). D'ailleurs, le syndrome de Parinaud est fréquent chez les vieillards. Ceux-ci ne l'accusent pas spontanément, car le trouble ne les gêne pas trop. (Il s'agit surtout de syndromes dissociés avec paralysie de l'élévation et de la convergence).

Dans deux cas suivis avec W. Krauss, de New-York, j'ai observé une lésion de l'hypothalamus et de la commissure postérieure. Toutefois, malgré ces faits, la reviviscence par l'électro-choc constitue une donnée intéressante. Elle montre qu'il ne faut pas trop demander à l'anatomie pathologique et qu'il faut tenir compte de l'intervention des facteurs dynamiques.

L'électro-choc n'est pas seul à donner des reviviscences de cet ordre. J'ai naguère observé de véritables résurrections avec le cacodylate de soude, à doses très fortes, allant jusqu'à 7 grammes chez des grabataires. Ceux-ci faisaient, sous l'influence du traitement, de véritables états hypomaniaques. Mais cette médication était trop dangereuse pour

pouvoir être continuée. Elle montrait, en tous cas, que des facteurs physiques ou chimiques peuvent également entraîner des résurrections psychiques. Si même il y a des lésions, celles-ci ne suppriment pas la fonction. Il se produit seulement des dissolutions de fonctions. Cette notion est importante au point de vue thérapeutique.

Un cas de pseudo-suicide épileptique,
par MM. J. RONDEPIERRE, M. LETAILLER et M^{me} LEULIER.

Nous rapportons brièvement l'observation d'un malade épileptique traité par diphénylhydantoïate de soude + gardénal qui fit, aussitôt après l'apparition de signes d'intolérance au diphénylhydantoïate de soude, un équivalent comitial au cours duquel il se donna la mort.

OBSERVATION. — M. A., 57 ans, sans antécédents personnels pathologiques, mais très nerveux depuis l'enfance, a présenté sa première crise comitiale en 1917, à la suite d'une émotion violente. Les accidents épileptiques se sont reproduits ensuite, malgré la prise quotidienne de gardénal, 0,30 jusqu'en janvier 43, au rythme de 3 à 5 par mois sous forme de crises typiques souvent groupées et d'équivalents psychiques très rares. Cependant, malgré un certain degré d'affaiblissement intellectuel surajouté à la légère débilité mentale congénitale, A. était un très bon travailleur que l'on pouvait de temps en temps confier à sa famille.

En mars, on substitue 0,10 de diphénylhydantoïate de soude à 0,05 de gardénal, et on observe sept crises au cours du mois.

En avril, on remplace progressivement le reste du gardénal, sauf cinq centigrammes que l'on maintiendra jusqu'au bout par diphénylhydantoïate de soude, dont la dose totale atteint à la fin du mois 0,30. Le nombre des crises mensuelles tombe à deux. Au début de mai, malgré la même thérapeutique, surviennent cinq crises, un équivalent et un vertige en 72 heures. La quantité de diphénylhydantoïate de soude est alors portée à 0,40, puis après l'apparition d'un nouvel équivalent, à 0,60 (le 22 mai). Cette dose massive entraîne bientôt des signes d'intolérance : étourdissements, titubation et ataxie tels que le malade doit être alité. Pour lui permettre de se désintoxiquer, le traitement est alors suspendu le 25 et le 26. Il est calme et dort dans la journée. Puis, la nuit du 26 au 27, à 22 heures 45, l'infirmier entendant des gémissements s'approche de lui et le trouve blessé, un couteau à la main, cherchant à se porter de nouveaux coups. Agité et incohérent, le malade a encore la force d'offrir une vive résistance à l'infirmier qui finit cependant par le désarmer. L'interne de garde constate deux blessures graves : 1° au niveau du flanc gauche, entaille pro-

fonde avec ouverture de la plèvre ; 2° face antérieure du cou, large plaie laissant voir la trachée béante.

Après applications de pansements compressifs et administration de tonicardiaques, le blessé, transporté au pavillon de Chirurgie, expire le matin.

Cette observation rentre dans le cadre des pseudo-suicides au cours des états d'automatisme épileptique, tels que les ont décrits Marchand et Ajuriaguerra dans un article de la *Presse médicale* de 1941 en les distinguant des actes impulsifs conscients. La soudaineté, la brutalité, la sauvagerie de l'acte commis, l'absence ou tout au moins la diminution de la sensibilité qui a permis son accomplissement et l'obnubilation qui l'accompagnait sont autant d'arguments à l'appui de ce diagnostic.

Le problème qui se pose ici est de savoir dans quelle mesure ce pseudo-suicide, chez un sujet qui n'a jamais présenté d'idées de suicide, ni en dehors de ses crises, ni au cours d'autres équivalents comitiaux, a été déclenché ou favorisé par l'action du diphénylhydantoïmate de soude. Brissot et Delage dans leur communication de novembre 1942 ont rapporté, entre autres, deux cas d'état confusionnel au cours du traitement par le diphénylhydantoïmate de soude. Dans notre cas, le médicament avait été progressivement amené à une dose assez élevée (0,60). Nous savons qu'il n'y a qu'une faible marge entre la dose toxique et la dose thérapeutique. Aussi le malade a-t-il présenté assez rapidement des symptômes d'intolérance. En raison de ces phénomènes la médication s'est trouvée provisoirement suspendue pendant 2 jours. La rapidité de destruction du diphénylhydantoïmate de soude dans l'organisme est encore mal précisée et l'on admet couramment qu'il faut au moins 48 heures pour l'éliminer. Nous pouvons donc penser que le malade restait encore sous l'influence du médicament qu'il éliminait progressivement.

Dans ces conditions, si l'hypothèse d'un simple équivalent psychique de nature comitiale n'est pas à rejeter d'une façon absolue, nous pouvons penser aussi à l'hypothèse d'une action toxique médicamenteuse ou du moins songer au fait que le diphénylhydantoïmate de soude favorise le passage de l'automatisme moteur comitial, à l'automatisme ex-moteur réalisant ainsi un niveau de dissolution moins profond, mais qu'il n'en reste pas moins dangereux pour le malade.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Je crois qu'il ne faut pas dépasser avec le di-hydan la dose de 4 comprimés de 0,10 centigrammes. Le solantyl me paraît un peu moins dangereux. Il faut se méfier de ces produits, surtout dans les consultations externes, car les accidents, s'il s'en manifeste, nous échappent.

M. LHERMITTE. — Je pense comme M. Marchand qu'il ne faut pas dépasser la dose de 40 centigrammes. Peut-être pourrait-on aller jusqu'à 50, mais je n'ai jamais atteint cette dose.

Hallucinations auditives avec agnosie auditive et verbale. Accidents paroxystiques révélateurs d'une tumeur temporale, par MM. M. DAVID, J. de AJURIAGUERRA et H. SAUGUET.

Les hallucinations auditives par lésion du lobe temporal sont relativement rares. Sur 110 cas de tumeurs temporales, Keschner, Bender et Strauss n'en mentionnent que 4 cas. Courville, sur 412 cas de tumeurs des lobes ne trouve les hallucinations auditives que dans 12 cas vérifiés, dont 6 étaient des tumeurs pariétales et 4 des tumeurs temporales ; dans les 2 derniers cas il s'agissait de tumeurs multiples mais atteignant toujours les lobes temporaux. De la lecture de ces cas, il ressort que dans les lésions autres que celles du lobe temporal les hallucinations sont accompagnées d'un désordre psychique général coexistant avec une hypertension intra-cranienne manifeste. Aussi les hallucinations isolées sans troubles importants de la conscience gardent une grande valeur localisatrice.

Par leur pureté, par leur apparition précoce, par leur caractère de premier plan dans le tableau clinique, les hallucinations auditives du malade dont nous rapporterons l'observation permirent d'orienter d'emblée le diagnostic vers une atteinte temporale.

OBSERVATION. — R., André, 21 ans, étudiant en lettres, vient consulter l'un de nous au mois de janvier 1943.

Histoire de la maladie. — Au mois de décembre 1941, il présente un « évanouissement » qu'il attribue à la fatigue. Cinq semaines plus tard, entre le 13 et le 15 janvier 1942, cet accident se renouvelle mais il est précédé d'hallucinations auditives. Voici le récit qu'en fait le malade : « Dans l'après-midi, vers 17 h., je sortais du lycée, où je venais d'effectuer une manipulation de chimie sur le chlore. Je mar-

chais depuis 20 minutes environ, lorsqu'il me sembla entendre des voix. Ce n'était d'abord qu'un bruit de conversation, mais, sans entendre distinctement au début les arguments de la discussion, je sentais qu'il s'agissait d'une conversation entre deux personnes. J'ai pu, dès le début, caractériser le bruit. Puis, les sons se sont amplifiés et, quelques secondes plus tard, les voix étaient si distinctes que je me suis retourné pour voir si quelqu'un ne me suivait pas; j'étais dans un endroit désert, les voix allaient s'amplifiant et j'ai pu entendre plusieurs fois qu'il s'agissait d'un poste de T.S.F. entre les deux personnes dont j'ai reconnu les voix, qui étaient celle de ma mère et celle de mon cousin; les voix étaient particulièrement fortes et je pouvais entendre les deux personnes (ma mère et mon cousin) parler presque distinctement de ce poste de T.S.F., lorsque je n'y prêtai pas attention. Au contraire, les voix s'éloignaient et faiblissaient lorsque je faisais un effort pour mieux comprendre ce que se disaient ma mère et mon cousin; j'ai eu alors, tout d'un coup, l'impression que j'allais m'évanouir; je me trouvais à 15 mètres environ d'une balustrade que j'ai voulu atteindre pour me soutenir. Je me suis mis à courir; j'ai dû faire deux ou trois pas seulement, les voix se sont amplifiées, la conversation est devenue de plus en plus rapide en même temps qu'elle devenait plus forte et que je courrais, et je me suis évanoui après avoir parcouru deux ou trois pas depuis l'instant où j'avais eu le sentiment que j'allais m'évanouir; j'ai été relevé par un chirurgien qui remarqua que je m'étais mordu la langue et que j'avais de la bave... Dans le courant du mois de janvier et du mois de février 1942, j'ai été l'objet de plusieurs hallucinations de l'ouïe, mais très faibles, et je n'ai pas eu d'autres évanouissements; j'ai cessé, courant mars, le traitement au gardénal (0 gr. 05 par jour) qu'on m'avait prescrit et je n'ai plus eu d'hallucinations jusqu'en janvier 1943. »

Les examens neurologiques et ophtalmologiques pratiqués à cette époque, ainsi que les radiographies du crâne et du liquide céphalo-rachidien, ne montrent rien d'anormal. Le diagnostic est orienté vers celui de comitialité. Un traitement au gardénal est institué et, devant l'amélioration constatée, il est interrompu au bout de deux mois.

« Presqu'exactlyment un an plus tard, à partir du 10-15 janvier 1943, j'ai noté, à plusieurs reprises, des hallucinations de l'ouïe, qui ne m'ont, du reste, jamais conduit jusqu'à l'évanouissement. Elles se sont succédé, entre le 10 janvier environ et les derniers jours de février 1943, au rythme de une ou deux hallucinations par semaine, quelquefois plus, et il m'arrivait quelquefois aussi de passer une semaine sans hallucinations. Elles avaient lieu à midi, après mon repas, et alors que je surveillais le repos des élèves au lycée, où j'étais maître d'internat. J'avais une impression de fraîcheur en même temps que je sentais monter des sueurs. En même temps le bruit du réfectoire décroissait et j'avais des hallucinations de l'ouïe semblables à celles que j'avais eues un an auparavant. Le bruit que j'entendais

n'était pas un bruit indistinct, mais il s'agissait toujours d'une discussion entre deux personnes, dont les voix avaient un timbre mal défini. Contrairement à ce qui m'était arrivé un an plus tôt, je n'arrivais pas à savoir si c'étaient des voix d'homme ou de femme. Le bruit du réfectoire décroissait et j'entendais ces voix, mais dès que j'essayais de savoir ce qu'elles disaient, ces voix décroissaient au lieu que le bruit du réfectoire revenait. J'avais l'impression de pâlir à ce moment et il ne m'était possible de tenir moi-même une conversation à ce moment qu'avec de grandes difficultés (je faisais, par exemple, répéter à mon interlocuteur la phrase qu'il avait dite lorsque l'hallucination me prenait). Les hallucinations de l'ouïe, qui se sont succédé à un rythme irrégulier, me prenaient toujours vers midi. Elles sont restées faibles et n'ont pas donné lieu à un évanouissement. Je pensais avoir à noter de semblables hallucinations cette année, puisque j'avais remarqué qu'un an séparait les deux dernières séries, mais je n'ai rien eu de semblable. »

Depuis le mois de décembre sont apparus des céphalées, une diplopie et des troubles aphasiques légers, transitoires. L'examen ophtalmologique (D^r Renard), pratiqué au mois de janvier 1944, révéla une stase papillaire bilatérale.

Les antécédents personnels sont presque nuls, sans rapports avec l'état actuel. L'examen neurologique montre une dissociation entre l'extensibilité qui est augmentée à droite et les réflexes tendineux qui sont plus vifs du côté gauche. Les réflexes cutanés sont plus vifs à droite. Il n'y a pas de signe de Babinski. Les fonctions gnosiques, praxiques et celles du langage sont intactes.

Certains traits de cette observation méritent une attention particulière :

1° *Les hallucinations auditives verbales.* Ce sont en effet les phénomènes psycho-sensoriels qui constituent la première manifestation morbide, réalisant lors de la première crise une aura épileptique puis existant isolément, sans aucun phénomène moteur, au cours des autres accès.

Au début nous voyons apparaître progressivement le phénomène hallucinatoire. D'abord il lui « semble » entendre des voix, puis il « sent » qu'il s'agit d'une conversation, enfin les voix deviennent distinctes et il peut les identifier. Les hallucinations prédominent du côté droit. Enfin, comme il le signale spontanément, dès qu'il fixe son attention pour chercher à comprendre la conversation, l'intensité de l'hallucination faiblit (il se produit un véritable fading, dit-il) et, inversement, lorsque son attention est détournée, l'hallucination atteint son maximum d'intensité. C'est alors qu'il perd connaissance et fait sa seule et

unique crise convulsive. L'aura hallucinatoire n'a pas duré plus de 10 secondes d'après son estimation et elle ne fut accompagnée d'aucun autre phénomène sensoriel ou sensorio-moteur. Lorsqu'elle se reproduisit elle coexistait avec un état anxieux assez marqué faisant redouter au malade l'imminence d'une crise.

L'accès suivant est séparé du premier par un intervalle libre d'un an. Les hallucinations sont moins distinctes, plus lointaines présentant un caractère d'alternance d'intensité avec le bruit de fond des conversations de l'entourage. L'une gagnant en intensité lorsque l'autre décroît et inversement. Le trouble psychosensoriel s'accompagne, d'une part, de troubles neuro-végétatifs (pâleur, sueurs, angoisse, crainte de s'évanouir, d'avoir une crise...) et, d'autre part, de phénomènes d'inhibition (au moment où se produisait l'hallucination auditive il cessait de comprendre ce que lui disait son interlocuteur alors qu'il percevait, atténué, le bruit de ses paroles, « j'avais comme une absence de pensée, je voyais ce qui se passait autour de moi, sans comprendre »).

2° *Les troubles aphasiques.* Ceux-ci n'ont jamais existé que d'une manière paroxysmique, transitoire. Ainsi, depuis un an environ, il lui arrivait de « bégayer », de « chercher ses mots en parlant », de « ne pas trouver ses mots ». Parfois il parlait comme un étranger qui a de la difficulté à s'exprimer. Dans les derniers temps il rencontrait certaines difficultés dans son travail, il lui semblait qu'il assimilait plus difficilement, très souvent il relisait plusieurs fois un texte avant de le comprendre. Une fois, il voulut faire une observation à un élève et se trouva incapable d'exprimer ce qu'il voulait dire et tint des propos incohérents.

3° Enfin, on note des *troubles de la perception du relief* survenant par crises de 30 minutes à une heure environ, précédant la diplopie. Ainsi, mais seulement pour les objets situés à une certaine distance, au delà de 15 mètres environ, il ne percevait pas le relief : « le boulevard, les maisons, les arbres, les personnes étaient plats, sans relief, comme sur une photographie ». Parfois, il éprouvait une difficulté à établir les rapports de distance, de volume, d'orientation entre divers objets et même entre les diverses parties d'un objet. L'acuité visuelle et le champ visuel périphérique sont intacts. Jamais ces phénomènes ne se produisirent pour des objets proches. Cependant, il arrive très bien à se représenter des couleurs, des images avec leur relief.

L'intervention montra l'existence d'un gliome kystique distendant la partie postérieure du lobe temporal. Après incision de la

partie postérieure de T2 le kyste fut évacué et la tumeur partiellement extirpée en raison de son extension en profondeur et vers le haut en direction de la zone de Wernicke.

Evolution. Dans les jours qui suivent l'opération on note l'apparition de deux ordres de troubles. D'une part de légers troubles subjectifs au niveau de la main droite : sensation d'engourdissement, de gonflement de la main, aucun trouble sensitif objectif n'a pu être mis en évidence. D'autre part s'extériorisent de légers troubles alexiques. Au cours de ses lectures il déforme certains mots et lit absurdes pour arbustes, vulgataire pour vulgaire, s'éloignant pour rejoignant, satisfaction pour satisfaction, etc. Ce qui a pour conséquence de lui rendre la phrase incompréhensible. S'il persiste à vouloir lire avec les yeux il ne comprend pas davantage, car, dit-il, « c'est l'image du mot qui n'évoque rien en moi », mais dès qu'il lit à haute voix le mot sur lequel il achoppe, il en comprend immédiatement le sens et peut continuer sa lecture. Notre malade signale enfin qu'il avait remarqué avec étonnement qu'il comprenait plus facilement l'anglais qu'il étudiait pour la licence que le français qui était sa langue maternelle.

Tous ces troubles ont disparu en deux mois et le malade, revu récemment, est en parfaite santé.

L'intérêt de cette observation nous paraît être la coexistence d'une hallucinose auditive comme aura ou équivalent épileptique allant de pair avec un trouble des gnosies auditives et verbales. Lorsque l'hallucination apparaît, l'acuité auditive et la compréhension verbale s'affaiblissent et leurs intensités respectives présentent des oscillations qui s'entrecroisent. Ce phénomène, déjà signalé par certains auteurs (de Morsier), a été considéré comme un fait certain par Morel dans les hallucinations des processus chroniques. Si l'agnosie auditive est fréquente dans les auras épileptiques il est intéressant de l'observer associée dans notre cas à un processus considéré par certains comme un phénomène d'excitation tel que l'hallucinose.

A côté de ces troubles de premier plan et au cours de l'évolution morbide le malade présente des phénomènes aphasiques avec paraphasie s'accompagnant de modification de l'agnosie visuelle (troubles de la perception, de la profondeur et du relief). A la suite de l'opération, et probablement par diaschisis, on note de légers troubles sensitifs et lexiques nets qui ont disparu ultérieurement.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — L'intérêt de cette observation, c'est qu'on y observe un « spasme de la pensée ».

M. Jean DELAY. — Je me demande s'il existe vraiment ici une agnosie auditive. D'agnosie auditive, on ne connaît guère que l'observation de Laignel-Lavastine et Alajouanine, et encore ne serait-elle pas absolument démonstrative.

M. LHERMITTE. — Les hallucinations auditives verbales dans les tumeurs de la région temporale sont rares. Dans les lésions murales, on constate des hallucinations surtout à caractère visuel, planes et transparentes. Le rapport de Morsier, au Congrès de Bordeaux, mentionnait que les lésions temporales donnent des hallucinations. C'est inadmissible, malgré les expériences de Foerster (mais les expériences de Foerster produisaient des désordres — Foerster le reconnaît lui-même, — considérables). Les lésions artérioscléreuses sont fréquentes au niveau de la région temporale. Elles ne donnent pas d'hallucinations. Si l'on observe des hallucinations dans la tumeur cérébrale de cette région, c'est par un autre mécanisme. On pourrait rappeler ici les expériences d'Agadjanian, chez Lapique, et l'hypothèse, émise par cet auteur, d'une scission du diencephale avec des différences de la chronaxie de subordination entre le cerveau et la moelle, amenant des libérations productrices d'hallucinations.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire général :

Jean DUBLINEAU.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 4 mai 1944

Oxycéphalie avec agénésie de la commissure calleuse et du vermis inférieur, par MM, J. LHERMITTE, J. de AJURIAGUERRA et TROTOT.

Les auteurs rapportent l'observation d'un garçon de 20 mois, oxycéphale et hydrocéphale, de parents consanguins, et dont une sœur a la même malformation. L'enfant étant mort après une exploration du 3^e ventricule, l'autopsie a montré l'agénésie de la commissure calleuse et du vermis inférieur et l'hypergénèse des commissures ventrales.

Dystonie de fonction chez un instrumentiste, par M. ANDRÉ-THOMAS.

M. André-Thomas présente un musicien ayant une dystonie du médius droit, ne se manifestant guère que lorsqu'il joue du cornet à piston. Cette dystonie évolue depuis deux mois, mais le malade a depuis plusieurs années une crampe des écrivains, qui n'apparaît que dans certaines positions. A l'examen, on note que la passivité est diminuée au poignet droit, sans anomalies de l'extensibilité, phénomène que l'auteur a trouvé constamment dans la crampe des écrivains. Dans ce cas, le rôle du surmenage est évident.

Accidents nerveux conjugaux consécutifs à une intoxication alimentaire, par MM. ANDRÉ-THOMAS, COCHEZ et BORDET.

Les auteurs présentent un mari et sa femme atteints simultanément d'une paralysie élective des muscles des pieds avec abolition du réflexe achilléen, puis d'une parésie des mains avec atrophie prédominante sur le premier espace interosseux ; les troubles de la sensibilité sont discutables. Cette atteinte distale segmentaire fait penser à une intoxication par le tri-ortho-crésylphosphate, mais l'ingestion de ce corps reste douteuse. Les sujets avaient

présenté en décembre des troubles gastro-intestinaux après avoir consommé des tripes ; les poules qui avaient mangé les restes du repas avaient eu peu après des phénomènes parétiques et les malades les avaient mangées.

Atrophie cérébrale post-commotionnelle,
par MM FAURE-BEAULIEU, P. PUECH et J. MORLAAS.

Les auteurs présentent un malade chez qui évolue, depuis une commotion cérébrale survenue il y a trente ans, un état déméntiel progressif avec hémisyndrome parkinsonien et hémihypoesthésie droite. Il y a quinze mois, une injection d'air avait montré une dilatation ventriculaire diffuse prédominant à gauche et dans la région pariéto-occipitale. Les auteurs estiment que dans ce cas l'hypothèse d'un état antérieur révélé par le traumatisme est peu plausible.

Méningite aiguë à éosinophiles,
par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT.

Les auteurs rapportent un cas de méningite bénigne avec forte leucoeytose céphalo-rachidienne dont la formule était : 60 pour 100 de lymphocytes et moyens mononucléaires, 40 pour 100 de polynucléaires éosinophiles. Ces faits resteront méconnus si on ne s'astreint pas à faire systématiquement les colorations voulues.

Médecine ou chirurgie : sciatique et névralgie faciale,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel apportent la statistique de leur 2^e série de 100 opérés de sciatique. Ces cas représentent la presque totalité des malades soumis à l'exploration radio-lipiodolée, qui n'est plus qu'un acte préparatoire. Les sciatiques discales (80 pour 100 des cas) ne relèvent pas seules de la chirurgie, les autres sciatiques bénéficient de la radicotomie postérieure. La réduction du nombre des échecs à 4 pour 100 est due pour une part à la mise en œuvre de la radicotomie postérieure comme complément de sécurité dans la plupart des cas où la hernie a été enlevée. Aucun accident n'a été observé.

Dans le traitement de la névralgie faciale, la neurotomie rétro-gassérienne n'a plus de raison d'être en face de l'alcoolisation du ganglion de Gasser, plus simple, qui ne fait pas courir les mêmes risques et donne des résultats définitifs.

Myélite subaiguë récidivante après électrocution,
par MM. CARROT et PARAIRE.

MM. Carrot et Paraire rapportent l'observation d'un sujet ayant présenté immédiatement après une électrocution un syndrome pyramidal transitoire et chez qui se développa rapidement, quatre ans plus tard, une myélite localisée partiellement régressive, sans anomalie du liquide céphalo-rachidien. De rares observations prouvent la possibilité de poussées évolutives après électrocution, liées sans doute à des arachnoïdites et à des vascularites.

Séance du 1^{er} juin 1944

**Intoxication d'atelier par le bromure de méthyle,
par MM. L. MICHAUX, COURCHET et LECHEVALLIER.**

Les auteurs rapportent 13 cas d'intoxication, dont 2 mortels. Après une période latente, le début se fait par des troubles psychiques avec hyperacousie douloureuse et dysarthrie ; à la période d'état, l'épilepsie est fréquente, débutant en général par un état de mal comateux, les troubles cérébelleux sont constants, les secousses cloniques, les mouvements choréo-athétosiques sont fréquents ainsi que les troubles psychiques (pantophobie, mélancolie, hallucinose). L'organicité des séquelles épileptiques et cérébelleuses n'est pas niable. Le syndrome peut continuer à évoluer plusieurs mois après l'intoxication.

**Douleur plexique rebelle par agénésie partielle de la 1^{re} côte,
par MM. LERICHE et S. de SÈZE.**

MM. Leriche et S. de Sèze rapportent l'observation d'un sujet ayant depuis six ans des douleurs violentes dans le cou, l'épaule et le bras ; de ce côté, la 1^{re} côte est incomplète, rappelant une côte cervicale. L'ablation de la côte supprime immédiatement les douleurs. La pathogénie de la douleur dans les malformations de la 1^{re} côte ou les côtes cervicales est très obscure.

Agénésie de la 1^{re} côte ou côte cervicale, par M. J. LEREBoullet.

M. J. Lereboullet rapporte l'observation d'une femme ayant des douleurs des membres supérieurs, surtout à droite, avec fourmillements et atrophie de l'éminence thénar ; la 1^{re} côte est anormale des deux côtés, articulée avec le sternum à droite, flottante à gauche ; il n'existe que 11 vertèbres dorsales et 6 vertèbres cervicales. On peut interpréter ce cas comme une agénésie de la 1^{re} côte ou comme une côte cervicale.

Dystonie du membre inférieur, par M. COSTE.

M. Coste rapporte l'observation d'une jeune fille présentant une dystonie du membre inférieur avec une scoliose paraissant de compensation. On ne constate que des troubles neurologiques minimes. Une greffe d'Albee fut faite, après laquelle la scoliose et la dystonie du membre inférieur disparurent.

**Myoclonies chez un épileptique,
par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. DE AJURIAGUERRA.**

MM. André-Thomas et J. de Ajuriaguerra présentent un sujet de 23 ans qui a, depuis l'âge de 11 ans, quelques troubles psychiques, des crises comi-

tiales et des myoclonies des membres et surtout de la face. Ces myoclonies n'existent pas au repos ou dans les mouvements passifs et n'apparaissent que dans les mouvements actifs. Deux ponctions lombaires ont montré une assez forte albuminose sans réaction cellulaire. Ce cas est plus complexe que le syndrome classique de l'épilepsie myoclonique ; le caractère oppositional des mouvements lui confère une certaine parenté avec la pseudo-sclérose.

Electrisation du bout inférieur de la moelle dans un cas de destruction incomplète, par MM. J.-A. BARRÉ, WARTER et ROHMER.

Dans un cas de section presque complète de la moelle, vérifiée opératoirement, les auteurs n'ont réussi à reproduire par l'excitation du bout inférieur que les quelques mouvements des orteils que le sujet pouvait effectuer spontanément. Ces phénomènes diffèrent donc de ceux que les auteurs ont observés dans la section totale. C'est une nouvelle raison de bien différencier la section totale de la section presque totale et de la section tardivement complétée.

Deux cas d'intoxication alimentaire avec paralysie périphérique des extrémités et symptômes pyramidaux, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Les auteurs présentent deux malades chez lesquels, après une intoxication alimentaire, s'est installée une paralysie périphérique des extrémités. Après l'atténuation de celle-ci, des signes pyramidaux, d'abord masqués, se sont extériorisés. Il n'y a guère que le triorthocrésylphosphate qui puisse donner un tel tableau clinique. L'expression de polynévrite adoptée pour ces accidents est inexacte et un rapprochement avec la sclérose latérale amyotrophique s'impose.

Myasthénie avec atrophie musculaire,
par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT.

Les auteurs présentent un sujet chez qui le diagnostic de poliomyélite chronique avait été porté en raison de l'existence d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence. Or, il s'agit d'une myasthénie indiscutable, avec réaction myasthénique typique, heureusement influencée par la prostigmine. La paralysie et l'atrophie musculaire peuvent faire partie du tableau clinique de la myasthénie.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

A propos des aménorrhées d'origine psychique. Les aménorrhées pithiatiques, curables par la persuasion, par Jacques DECOURT (de Paris) (*La Presse médicale*, 22 avril 1944).

La part importante accordée aujourd'hui aux hormones en physiologie et en pathologie fait un peu négliger ce qui revient au système nerveux dans la régulation des fonctions endocriniennes. M. Jacques Decourt a déjà attiré l'attention sur les dérèglements endocriniens à point de départ psychique. Il apporte dans ce mémoire quatre intéressantes observations d'aménorrhée déclenchée par un processus purement psychologique et « guéries, à la manière d'un trouble pithiatique, par la simple persuasion ». Dans deux de ces observations, la malade présentait d'autres accidents de nature manifestement pithiatique, les circonstances étiologiques étaient nettes, le diagnostic fut donc facile. Mais lorsque, comme dans les deux autres cas, aucune circonstance extérieure importante ne paraît précéder l'aménorrhée et aucune manifestation névropathique grossière ne vient en signer la nature, l'interprétation est moins évidente ; en fait, dans ces deux derniers cas, l'aménorrhée, qui s'accompagnait d'une importante augmentation de poids, avait été précédée de contrariétés et de troubles affectifs intimes qui ne sont pas sans rapports avec la sexualité : le retour des règles, après une médication de pure forme, semble bien à l'auteur avoir été dû, avant tout, à la persuasion. D'où le diagnostic posé par lui d'« aménorrhée pithiatique ».

Né d'un choc émotif brutal, tel que la peur, ou plus lentement, plus silencieusement élahoré au sein même de la vie psychique à l'occasion d'un problème affectif, le dérèglement semble atteindre primitivement les centres nerveux du diencéphale ; mais il est capable de retentir secondairement sur les sécrétions hormonales elles-mêmes, que ces centres tiennent sous leur dépendance. Telle est l'interprétation que M. Jacques Decourt donne de ces faits, et cela l'amène à considérer que les accidents pithiatiques clas-

siques comportent un dérèglement réel des fonctions des formations grises de la base du cerveau : thalamus et noyaux moteurs extra-cérébraux, par un mécanisme sans doute comparable à celui qui vient troubler les centres nerveux voisins de la vie végétative.

Mais il paraît difficile d'assimiler aux troubles pithiatiques des deux premières observations les états d'hyperémotivité des deux derniers cas. Et, si, de toute évidence, c'est bien la persuasion qui a agi dans les deux premiers cas, on peut penser que, dans les deux derniers, c'est non pas la persuasion proprement dite, mais la sédation progressive de l'hyperémotivité, qui a amené la guérison, sédation à laquelle a certainement contribué d'ailleurs l'influence personnelle du médecin. M. Jacques Decourt signale lui-même la facilité et la constante efficacité de la persuasion dans les cas d'accidents pithiatiques classiques et leur oppose l'inconstance de la cure de ces aménorrhées, qu'il qualifie de « pithiatiques ». Ce n'est, précise-t-il avec soin, « que dans des cas particulièrement favorables et, à tout prendre, exceptionnels » que la guérison pourra être obtenue ainsi. C'est que l'on a toujours eu tendance à englober dans l'hystérie — et le pithiatisme lui-même qui en restreignit le cadre n'a pas, on le voit, fait complètement disparaître cette tendance — bien des états disparates, au premier rang desquels se trouvent des états d'hyperémotivité. Il n'est pas très exceptionnel que de purs états d'angoisse soient considérés à tort comme des crises pithiatiques. Lorsqu'il s'agit de troubles moins accentués d'hyperémotivité morbide, la confusion est plus facile encore. Il s'agit pourtant d'états différents, et ces états d'hyperémotivité ne sauraient être assimilés à des manifestations hystériques ou pithiatiques.

Ces réserves ne diminuent en rien le grand intérêt du mémoire de M. Jacques Decourt. Il y pose, une fois de plus, la question de la nature et de la genèse de l'hystérie. Il apporte une importante contribution à l'étude des aménorrhées d'origine psychique. Il attire enfin l'attention sur les excellents résultats que peut donner, dans des cas d'ailleurs différents, la cure psychothérapique des aménorrhées.

René CHARPENTIER.

Théorie générale des névroses, par G. PARCHEMINÉY (*Archives hospitalières*, mars 1944).

Envisageant les névroses non comme des affections autonomes mais comme des syndromes réactionnels dans lesquels certains facteurs fixes, comme des facteurs héréditaires ou constitutionnels, entrent en jeu avec des facteurs mouvants tels que les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, M. Parcheminey dégage dans la genèse des névroses trois notions distinctes mais reliées étroitement : la notion de psycho-dynamisme, celle de régression et de dissolution, celle de la personnalité conçue dans sa totalité.

La névrose constitue un mode de défense du moi contre l'angoisse, mais sur un mode régressif. La régression porte sur l'affectivité, les fonctions psychiques supérieures pouvant être intactes. Chaque névrose est individualisée par des mécanismes différents de défense contre l'angoisse. Extrêmement complexe, l'interprétation des névroses soulève de nombreux problèmes, mais les névroses ne peuvent être comprises et étudiées que dans le cadre d'une conception d'ensemble, d'un point de vue anthropologique.

Qu'elle soit ou non d'inspiration psychanalytique, la psychothérapie s'attaque à la structure même de l'angoisse, et l'angoisse ne peut être envisagée que dans ses relations avec le système végétatif, la cornesthésie, les fonctions viscérales. L'effet de la psychothérapie dépasse donc largement le domaine du psychisme, et la division classique du somatique et du psychique, commode et satisfaisante en apparence pour l'esprit, doit être abandonnée. Se refusant à admettre la validité du dualisme cartésien, M. G. Parclémeyne insiste en terminant sur le fait que les névroses représentent un système de réactions complexes de l'individu devant la nécessité de la répression des instincts, devant les exigences du milieu ou les exigences morales et sociales.

René CHARPENTIER.

Encéphalite morbilleuse psychosique avec hypersialorrhée chez un homme de 27 ans, par L. CHRISTIAENS (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 17 mars 1944).

Au cours d'une petite épidémie rurale survenue dans le Nord, M. L. Christiaens a noté l'existence de plusieurs formes nerveuses : trois formes comateuses avec deux morts et une forme myélitique. L'un de ces cas, celui qui fait l'objet de la communication, était remarquable par la présence d'une extraordinaire sialorrhée : 10 litres en 30 heures, dont l'apparition a précédé celle d'un syndrome confusionnel. Le malade, traité par le sérum de convalescent et par un abcès de fixation, a guéri sans séquelle.

R. C.

L'électro-encéphalogramme dans les traumatismes cranio-cérébraux ; sa valeur diagnostique, pronostique et médico-légale, par P. PUECH, A. LERIQUE-KOECHLIN et J. LERIQUE (*Revue neurologique*, juillet-août 1943).

Si l'intérêt de l'électro-encéphalographie a été démontré dans l'épilepsie, dans certaines lésions du cerveau et dans certaines affections mentales, il n'a été que peu insisté sur sa valeur diagnostique, pronostique et médico-légale dans les traumatismes cérébraux. De cette étude, entreprise sous la direction du Doyen A. Baudouin, et portant sur 127 cas d'accidents récents ou tardifs de traumatismes cranio-cérébraux, les auteurs concluent à la nécessité pour les cliniciens, les chirurgiens, les experts, des précieux renseignements fournis par l'électro-encéphalographie. Cette méthode apparaît comme le complément des examens neuro-psychiatriques, radiologiques, ophtalmologiques, otologiques. Elle contribue à préciser les indications des techniques neuro-chirurgicales, à guider la thérapeutique médicale ou chirurgicale et à suivre l'évolution des troubles par la prise de tracés successifs, véritables documents scientifiques. Elle peut donc apporter à l'expert d'utiles renseignements, aussi bien au civil qu'au criminel.

Le tracé électro-encéphalographique est plus sensible que la clinique. Par ses modifications, l'électro-encéphalogramme donne un reflet des perturbations des fonctions cérébrales. Il est susceptible d'apporter au clinicien et à l'expert des renseignements sur l'organicité des troubles allégués et sur le siège des lésions. Les auteurs en montrent l'intérêt dans le syndrome dit « subjectif » des traumatisés du crâne, dans l'épilepsie post-trauma-

tique, dans les troubles neurologiques post-traumatiques et dans les états psychopathiques post-traumatiques.

Dans un travail ultérieur, les auteurs se proposent de compléter les premiers résultats obtenus par eux en apportant une statistique plus étendue permettant de préciser l'évolution des perturbations électriques chez les traumatisés cérébraux.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

L'âme collective, par A. BURLLOUD (*Revue philosophique*, octobre-décembre 1942-1943).

Une société se conduit par des instincts, des émotions, des idées et des passions. Elle a des fantaisies et des caprices, qu'on appelle des modes, des souvenirs et des habitudes, qu'on appelle des traditions ou, quand ces habitudes deviennent routinières, des coutumes. L'âme collective est une unité, plutôt qu'une identité, une unité de concours ou de coalition, une synthèse de tendances et d'états d'âme individuels ou déjà collectivisés mais appartenant à des individus ou à des groupes partiels différents. Cette synthèse n'est pas nécessairement une harmonie ; le concours n'est qu'un aspect de la vie collective ; l'autre c'est le conflit. Il y a une pathologie mentale de la Société comme de l'individu. Dans la Société comme chez l'individu, l'harmonie sort du conflit. L'âme collective se compose de plus de tendances et de dispositions que de représentations, la psychologie sociale doit être à son tour une psychologie des tendances et de l'action. Les forces collectives sont des dispositions à penser, à sentir, à agir, communes à un groupe et centrées sur les mêmes objets. L'âme collective est la synthèse plus ou moins imparfaite des forces ou des dispositions collectives, un système plus ou moins achevé de rapports intermentaux consistant à la fois en ressemblances et en influences réciproques. L'originalité de l'âme collective provient de la diversité des mentalités particulières qu'elle unit. Il ne faut pas l'appeler une conscience, on la nommerait plus justement un Inconscient collectif.

M. A. Burloud montre comment ces remarques s'appliquent à l'âme d'un peuple. Le caractère profond d'un peuple se révèle quand ses membres agissent, non dans le privé, mais collectivement, chaque individu participant au caractère national tout en gardant son caractère propre. La race n'est pas une entité mystérieuse, elle est le tempérament d'un peuple et, comme le tempérament individuel, elle dépend d'une part de l'hérédité, de l'autre du climat et des conditions de vie. Et si l'hérédité n'est elle-même que l'habitude de l'espèce, il doit être possible d'expliquer par des causes géographiques certains traits du caractère d'un peuple. Car le caractère offre des affinités avec le tempérament et même avec la structure physique. Sur des collectivités restreintes, la formation de l'âme d'une cité par exemple, il est plus aisé d'étudier l'influence d'un milieu géographique tandis que, pour les nations, l'étude des influences culturelles est plus accessible. Une même langue, une même littérature, une religion, une histoire et des traditions communes sont des facteurs d'assimilation : la langue et la littérature d'un peuple expriment son caractère mais réagissent aussi sur celui-ci. L'intégration morale a plus d'importance que l'intégration territo-

riale et administrative. Le patriotisme, le sentiment national, sont des produits d'intégration bien plus que d'assimilation. L'intégration sociale est conditionnée par une éducation sentimentale qui se fait elle-même, dans le secret de la personnalité, par une intégration spontanée de tendances et de croyances. C'est par ces deux processus, à bien des égards antithétiques, de l'assimilation et de l'intégration, que se forme et se transforme l'âme d'un peuple.

La psychologie sociale a pour objet les courants qui créent l'âme collective et qui, une fois créée, la parcourent et la modifient. Tandis que la sociologie proprement dite est la science des institutions, la psychologie sociale est la science des courants et du comportement collectif. Mais, conclut M. A. Burloud, on peut concevoir une sociologie économique qui s'efforcerait de réintégrer dans l'interprétation des institutions la diversité des mobiles humains et des courants sociaux. Tel doit être le but général de la sociologie. Elle est, par l'intermédiaire de la psychologie sociale, une dépendance de la psychologie. Il lui appartient, non pas, comme au temps de Montesquieu, de spéculer sur l'esprit des lois, mais de scruter l'âme concrète qui les crée et qui les fait vivre.

René CHARPENTIER.

La rumeur en tant que phénomène psychologique des foules, 1^{re} partie, par Donald BRINKMANN (de Zurich). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 3, 1943).

Du récit anodin jusqu'à la fausse nouvelle sciemment lancée dans le but de créer la panique, la rumeur prend les aspects les plus divers. C'est un produit des masses, tout comme la panique et les passions collectives. Suivent une série d'exemples tirés de l'Histoire, qui prouvent que dans des conditions données, les mêmes rumeurs se reproduisent à diverses époques, et cela sans que rien n'ait apparemment déclenché ce phénomène à naissance en quelque sorte spontanée. Analogie avec la genèse de certains mythes, légendes et histoires de folklore.

Essai d'une analyse phénoménologique et tentative d'explication psychologique.

O. FOREL.

Psychologie animale et psychologie humaine, par G. VIAUD (*Bulletin d'Oriental professionnelle*, décembre 1943).

Longtemps considérée comme étant la science des « faits de conscience » ou des « états du moi », la psychologie est devenue une science naturelle ou objective, employant de préférence des méthodes expérimentales. Plus précisément, elle est devenue une science biologique. Selon la définition la plus générale que l'on en puisse donner, « la psychologie est la science des actions, comportements et conduites des êtres vivants ; elle analyse ces actions pour découvrir les facteurs qui constituent leur déterminisme et établir les lois qui les gouvernent » : facteurs externes, ou facteurs physico-chimiques du milieu naturel, et facteurs internes.

La constitution de la psychologie animale a pris à cette évolution une grande part. Le premier résultat de cette transformation fut de placer au même rang la psychologie humaine et la psychologie animale, dont les

recherches peuvent permettre de remonter vers la source des formes du psychisme humain ou vers les fonctions mentales primitives. D'autre part, les comportements animaux étant plus simples et plus aisés à connaître que les conduites humaines, c'est par l'étude expérimentale des comportements animaux qu'il conviendrait de commencer. Chez eux, on n'a pas à tenir compte de systèmes de représentations ou d'idées propres aux sujets observés, d'où une bien moindre complexité, une bien moindre variabilité des réactions, et il n'existe qu'un nombre relativement restreint de facteurs, facteurs dont l'étude peut s'appuyer sur des sciences physico-chimiques très avancées.

Fournir des modèles d'explication scientifique complète en psychologie ; donner au psychologue de la vie humaine des bases de comparaison propres à vérifier ses hypothèses, lui fournir aussi des objets sur lesquels il est possible d'étudier plus aisément que sur l'homme les fonctions générales de la vie mentale, ou de les saisir à leur plus bas développement, tels sont les principaux avantages offerts par la psychologie animale.

René CHARPENTIER.

Bases affectives dans les conduites animales, par Monika HOLZAPFEL-MEYER (de Berne). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Etude remarquable et originale. Tout animal entre en contact affectif avec les objets animés et inanimés qui l'entourent. La charge affective dépend de la distance, du degré de menaces, de l'habitude, de l'éclairage et de l'obscurité, etc. La ressemblance entre l'homme et l'animal se manifeste beaucoup plus dans le domaine affectif que dans le domaine de l'intelligence. Le comportement affectif de l'homme normal ressemble plus à celui des animaux que celui des malades mentaux.

O. FOREL.

Eugène N. Marais et le problème de l'âme animale, par Carol BAUMANN (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 1, fascicule 4, 1943).

Résumé du livre de Marais, « The Soul of the White Ant ». Opposition de la mémoire de l'espèce (instinct) et de la mémoire acquise. Par déduction, l'auteur vient à traiter du problème de l'inconscient collectif de G.-G. Jung.

O. FOREL.

Les bases de la communauté, par Walter SIEBEN. (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

L'auteur commence par examiner l'enfant au cours du deuxième semestre de sa vie : le sourire engendre le sourire, l'expression hostile des pleurs... Il n'y a pas encore de vie mentale proprement dite : il s'agit donc d'une résonance affective par contagion, d'une « échothymie ». De même, plus tard, une grande partie de la vie affective n'est que le reflet de l'ambiance, impersonnelle, influence de masse. L'auteur donne une série d'exemples puisés dans la pratique médicale.

O. FOREL.

L'importance de la psychologie de la religion, par Hans SCHÄR (de Lüsslingen, Soleure). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée* volume 2, fascicule 3, 1943).

Travail d'inspiration théologique protestante basée sur Schleiermacher. L'auteur est d'avis que les connaissances théologiques doivent être prises en considération dans tout examen de la psychologie de la religion, du moins si l'on veut faire de la science dans le sens de recherche de la vérité. Pas de pénétration de l'âme humaine sans étude de la religion. Et comme toute religion ne peut être comprise que par le truchement de l'âme, la théologie ne peut se passer de la psychologie.

O. FOREL.

Philosophie existentielle de Heidegger, par Anna TUMARKIN (de Berne). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 3, 1943).

L'auteur répond à une demande : résumer l'œuvre de Heidegger, à laquelle la psychologie commence à s'intéresser, ceci à la suite des travaux de Husserl sur la phénoménologie. Alors que Husserl s'en tenait aux faits d'observation, Heidegger s'en prend aux phénomènes vécus. Exposé de la philosophie et de la métaphysique de Heidegger.

O. FOREL.

L'importance de la schizis dans la vie psychique, notamment pour la compréhension du caractère et de la personne, par Max PULVER (de Zurich). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 3, 1943).

Désertant Wundt, Pulver se tourne vers Bergson, précurseur de la phénoménologie. L'auteur avait vu aux cours de Janet les premiers spécimens d'écriture présentés comme documents exprimant la personnalité. Mais Rogues de Fursac avait publié en 1905 son livre « Ecrits et dessins dans les maladies nerveuses et mentales » ! L'auteur se consacre désormais à ses études bien connues de la symbolique graphologique, sur l'écriture en tant qu'expression de la totalité de la personne, de ses véritables intentions. Pulver rencontre le symptôme de la « schizis », auquel il reconnaît un droit de cité dans la psychologie normale.

O. FOREL.

Graphologie et autres tests, par H. BERNA. (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 1, fascicule 4, 1943).

Le diagnostic psychologique s'impose de plus en plus. Le test de Rorschach se place en tête de tous. La graphologie a perdu du terrain ; la faute en incombe aux graphologues. Suivent deux exemples de diagnostics posés grâce à l'examen graphologique.

O. FOREL.

Les « réactions à retardement » dans l'« Assoziationsexperiment » de Jung, par J. B. LANG (de Lugano). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Par de longues analyses et statistiques, l'auteur cherche à confronter les théories de Kretschmer, Jung, etc., avec les données de l'expérience.

O. FOREL.

Méthodes de psychologie publicitaire, par Martha FAYER (de Budapest). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Etude statistique et énumération d'exemples de succès publicitaires.

O. FOREL.

Sur la manière dont les Malgaches se représentent le cœur, par Arthur LAIB. (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

L'auteur base son étude sur neuf proverbes des Hovas, la peuplade la plus importante de Madagascar. Tous attribuent au « cœur » des défauts et des faiblesses d'ordre moral, de la crainte de l'inconnu et de l'irrationnel — manque de confiance en soi.

O. FOREL.

Propriétés fondamentales de l'intelligence, par Richard MEILI (de Winterthur). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 3, 1943).

L'auteur commence par un exposé du problème et de la méthode d'exploration. La seule observation et l'analyse psychologique donnent des résultats subjectifs et incontrôlables. La méthode mathématique aboutit à trop de solutions possibles. La combinaison des deux serait seule objective. Sui-vent quelques exemples personnels.

O. FOREL.

Valeur fonctionnelle des mots dans la mémoire associative, par COSTE ARON (20 pages, in *Revista de psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1944).

L'auteur se propose de montrer quelle est la contribution de la fonction du mot au processus de conservation. Tout phénomène ou objet a une fonction primaire due au fait qu'il existe, mais la perception a aussi un sens, un contenu et une signification. Le nombre des fonctions du mot est égal à celui des fonctions ou catégories grammaticales que possède la langue. Les expériences de l'auteur ont porté seulement sur les fonctions substantivale, adjectivale et verbale. Il fait remarquer qu'une distinction est à faire entre fonction et signification : les mots privés de sens ont une fonction mais n'ont aucune signification. Tandis que la fonction est une donnée objective, la signification est une donnée subjective.

M. Coste Aron établit encore une distinction entre la fonction des mots à sens (systèmes homogènes) et la fonction des mots privés de sens (systèmes hétérogènes). C'est ainsi que les résultats obtenus donnent un pourcentage moyen de conservation visuelle des mots privés de sens et rimés de 15,68, tandis que le même pourcentage est de 25,02 pour les mots privés de sens et non rimés. Pour l'ouïe, les résultats sont de 4,85 et 9,51. Des résultats analogues ont été obtenus dans l'examen du processus de reconnaissance à l'aide de listes de mots.

D'autres expériences ont porté sur la rétention des paires de fonctions grammaticales des mots. Tant à la présentation visuelle qu'à la présentation auditive, le meilleur pourcentage fut obtenu par le système fonctionnel « substantif-adjectif », puis par le système « substantif-substantif », le système « substantif-verbe » venant en dernier lieu. Dans le processus de mémorisation, l'organe central, la mémoire même, est plus important que la voie par laquelle le matériel y arrive.

En conclusion, il existe une grande différence dans les phases du processus de mémorisation selon le matériel utilisé pour l'expérience, par exemple pour la reconnaissance et l'évocation. Sauf avec l'une des listes (n° 6) qui s'adresse à la reconnaissance, les mots privés de sens et non rimés sont mieux retenus que les mots privés de sens et rimés.

Le coefficient de corrélation (0,91) entre l'ordre de présentation et de rétention des listes à vue montre que, pour apprendre, c'est le primat chronologique qui a une grande importance. Jouent également un grand rôle : les conditions de forme et de sens, et l'ordonnance logique.

René CHARPENTIER.

Le problème psychologique des « Quantités limitées » chez l'enfant,
par André REY (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, n° 4, 1944).

L'épreuve du dessin du « plus petit carré possible » et son contrôle par des épreuves supplémentaires mettent en présence d'une difficulté très caractéristique de la pensée enfantine. Pendant longtemps, l'enfant ne parvient à saisir que les relations simples comme « grand, plus petit » et « petit, plus grand ». Si la relation « petit, le plus petit possible » lui échappe, c'est qu'il s'agit en réalité d'une relation complexe, qui implique une sériation entre deux termes extrêmes. M. André Rey montre qu'à un certain âge existe la capacité à sérier, mais l'impossibilité de concevoir la série comme un tout. L'enfant échouerait ainsi à l'épreuve des carrés parce qu'il n'existe pas encore en lui de processus mental capable de « poser » une progression qualitative, poser la dite progression ou la réaliser empiriquement étant deux opérations génétiquement distinctes. La « progression qualitative » présente déjà tous les caractères du « groupement » de Piaget. M. André Rey établit la filiation générale des structures opératoires, faisant ressortir la place occupée dans l'ensemble par le mécanisme dont relève la solution de l'épreuve. Il montre l'intérêt du système de formulation élaboré par M. Piaget. Ce système, applicable à l'activité psychologique, est indépendant à la fois des concepts physiologiques et des concepts psychologiques. Il permet, sans rien préjuger, de décrire objectivement au cours de la psychogénèse, certains rapports fonctionnels et « d'atteindre la compréhension des

phénomènes par la déduction interne de ces rapports ». Il offre ainsi au psychophysiologiste un certain nombre de repères fonctionnels évolutifs clairement formulés dont il peut chercher à établir la correspondance avec le fonctionnement physiologique.

On peut se demander quel niveau de différenciation sensorio-motrice joue parallèlement au niveau opératoire de la « progression qualitative ». Jusqu'à un certain âge, l'exécution d'un tracé minuscule dépasse les aptitudes motrices, implique une régulation du mouvement qui n'existe pas encore. Mais le niveau de différenciation sensorio-motrice, notion physiologique claire, pourrait bien ne constituer qu'une condition fondamentale, et non encore l'équivalent physiologique total de la structure opératoire considérée. Nombreux sont les êtres très habiles manuellement et dont la pensée peut demeurer à un niveau génétique inférieur. La coordination implique au moins deux termes ; elle naîtrait à l'instant où la conscience embrasse simultanément un certain nombre de différenciations sensorio-motrices (le langage jouant un double rôle sensorio-moteur et réfléchissant). L'observation du comportement sensorio-moteur dans l'épreuve des carrés mettrait donc en évidence des réactions témoignant d'un niveau de différenciation fonctionnelle ne permettant pas l'établissement de la structure opératoire correspondant à la progression qualitative.

Aux âges supérieurs, les arriérés présentent à l'épreuve du plus petit carré possible les mêmes difficultés que les jeunes enfants. La pathologie confirme ici les faits génétiques. A âge mental égal, il semble que les oligophrènes à retard moteur prononcé aient plus de peine que les autres à réussir l'épreuve. L'échec serait assez typique d'un niveau et l'épreuve pourrait ainsi apporter un renseignement clinique intéressant..

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Quelques grands caractères biologiques des ultravirus, par Paul HAUNIKROY (de Lausanne). Rapport présenté à la 52^e Assemblée de la Société suisse de neurologie, Aarau 5-6 décembre 1942 (*Archives Suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LII, fascicule 2, 1943).

On lira avec grand intérêt ce clair exposé, plein de faits expérimentaux précis et d'hypothèses nouvelles. Mot et choses ignorés il y a quarante ans, « êtres de raison » disait Roux en 1903, longtemps appelés « virus filtrants ou filtrables », ce qui était un fort mauvais critérium de classification, les ultravirus seraient sans doute restés une curiosité de laboratoire sans les beaux travaux du professeur d'Hérelle sur le bactériophage découvert par lui.

Pour les uns (d'Hérelle), êtres vivants semblables aux autres êtres vivants mais d'une taille inférieure, puisque capables d'assimiler en milieu hétérogène et capables de s'adapter, ce serait pour d'autres un principe chimique étranger à la bactérie, hypothèse sans preuves expérimentales donc sans valeur, pour d'autres encore une viciation du métabolisme bactérien (Bordet et Ciuca), hypothèse qui semble bien être abandonnée, ou une sorte de toxine (Doerr) exerçant son action sur le métabolisme bactérien ; certains, encore, ont considéré la bactériophagie comme un phénomène d'autolyse naturelle. En 1935, les expériences de Stanley, isolant une nucléo-

protéine cristallisable, tendaient à faire admettre que les virus des mosaïques des plantes étaient des substances chimiquement définies : on objecta que ces nucléoprotéines seraient, non les virus, mais les porteurs de ces virus, « porteurs de germes » d'un genre nouveau. Faudrait-il admettre que le cristal-virus est de la matière vivante ou, en d'autres termes, que pour les formes les plus simples de la vie, la matière vivante serait susceptible d'être cristallisée ? Le problème qui se pose est de savoir si les ultravirus infiniment petits sont des virus semblables aux autres mais de dimensions plus réduites, si ces ultravirus représentent une forme de la vie que nous ne connaissons pas encore, que nous pouvons à peine concevoir à l'heure actuelle, si ces ultravirus enfin ne sont qu'une substance chimique « morte » sans rien de commun avec la vie et que des raisonnements faux nous auraient fait prendre pour de la matière vivante ?

D'acquisition récente, nos connaissances sur les affinités et les tropismes font saisir la complexité des phénomènes. Les exemples donnés par M. Hauduroy montrent qu'un virus déterminé peut être une véritable mosaïque de tendances, de propriétés physiologiques. Il rappelle que beaucoup d'ultravirus, dits neurotropes, ont une affinité pour le tissu nerveux, y cheminent de façon aussi bien centripète que centrifuge. Mais cette « neuroprobiasie » (Levaditi) est, selon lui, en réalité, une véritable culture, les éléments virulents trouvant dans le tissu nerveux un milieu particulièrement favorable à leur développement. Et ces ultravirus ont un tel biotropisme, ou affinité pour la matière vivante, qu'ils ne peuvent se développer qu'en présence de cellules vivantes. Obligation étrange, dominante, impérieuse, et jusqu'ici inexpliquée.

Tous les ultravirus que nous connaissons sont pathogènes, M. Hauduroy émet l'hypothèse d'ultravirus saprophytes, susceptibles de devenir à leur tour pathogènes et dont la difficile étude tentée par certains expérimentateurs (Cole et Kuttner, Rivers et Tillett, Noguchi) pourrait apporter la solution de bien des problèmes de pathologie infectieuse.

Techniques nouvelles, utilisation de procédés physiques spéciaux, influence des souches de virus, influence des races et peut-être des souches d'animaux utilisés, possibilité d'existence de maladies inapparentes, sont autant de facteurs qui rendent les progrès difficiles et lents.

René CHARPENTIER.

Acidoses mentales méconnues, par LEYRITZ (*La Presse médicale*, 5 février 1944).

Sous le nom d'« acidoses mentales », M. Leyritz groupe les états dans lesquels se trouvent associés des troubles mentaux et de l'acidose. Rien ne décèle cliniquement cette acidose en l'absence d'examen en série de l'équilibre acide-base.

De 500 examens faits lors d'entrées de malades, sans discrimination nosologique, il conclut à la présence d'acidose dans 16 0/0 des cas. La plus grosse proportion est fournie par les mélancoliques (28,7 0/0 des acidoses). M. Leyritz ajoute que 40 0/0 des mélancoliques examinés par lui présentent de l'acidose et que l'alcalinisation améliore très rapidement l'état de ces malades. Il explique, par les conditions de l'analyse (portant sur l'urine du nyctémère et non seulement sur l'urine du matin), l'opposition entre ses résultats et ceux de MM. Laignel-Lavastine et Cornélius.

Ensuite, viennent par ordre de fréquence les états maniaques (18,7 0/0 des 80 cas examinés), dans lesquels il s'agit peut-être de lacto-acidoses consécutives à l'exercice musculaire, les psychoses aiguës (17,5 0/0), les urémies (8,7 0/0), états dans lesquels l'acidose favorise l'excrétion de l'urée et doit être respectée, les psychoses puerpérales (7,5 0/0), etc. Le but de l'auteur est seulement d'attirer l'attention sur ces faits.

René CHARPENTIER.

La réaction de Bordet-Wassermann et les réactions de fixation du complément sans moutons ni cobayes, par Robert Musso (de Saintes). (*La Presse médicale*, 5 février 1944)

Devant les difficultés qu'ont actuellement les laboratoires de sérologie à faire chaque jour un grand nombre d'examen (difficulté de trouver des cobayes ou de se procurer chaque jour des globules de mouton, dont la conservation à la glacière augmente le pourcentage de réactions négatives), M. Robert Musso conseille de faire les réactions de fixation par l'une des méthodes utilisant le couple hémolytique anti-humain. De 120.000 réactions effectuées ainsi par lui, il conclut qu'aucun autre procédé n'est ni aussi simple, ni aussi sûr, et indique la technique qu'il préconise (élimination des sangs négatifs, titration des résultats positifs) pour le travail en série.

René CHARPENTIER.

Etude cinétique de la réaction de Bordet-Wassermann. Etude des vitesses de réaction. Température et vitesse de réaction, par J. CHOUTEAU (*Société de biologie*, séance du 27 novembre 1943).

M. Chouteau étudie les vitesses de réaction de la fixation du complément pour le sérodiagnostic de la syphilis. Il constate l'analogie des courbes de vitesse de fixation avec celle de vitesse de réaction chimique et calcule l'ordre de réaction, $M = 3$ correspondant à une réaction trimoléculaire.

Il étudie ensuite l'action de la température sur ces vitesses de réaction et constate que la fixation et sa vitesse augmentent avec l'élévation de température, suivant la loi expérimentale de Van't Hoff. D'autre part, il étudie des vitesses partielles (antigène + réagine syphilitique) et complexe (antigène-réagine + alexine), montre que la première réaction est instantanée et non influencée par les variations de température, alors que la vitesse de la seconde réaction correspond à la vitesse de réaction globale.

De ces expériences, il conclut que la réaction de fixation du complément correspond à la succession de deux réactions. Une première réaction physique, microfloculation, c'est la réaction antigène + réagine syphilitique. L'autre, la fixation de l'alexine sur ce complexe, est de nature chimique, progressive, réversible et trimoléculaire.

R. C.

Influence de l'ingestion de levures sur le taux du glutathion sanguin, par L. BINET et V. BONNET (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 16 novembre 1943).

L'importance biologique du glutathion sanguin, non seulement dans les phénomènes d'oxydo-réduction, mais dans la nutrition générale, son rôle

protecteur vis-à-vis de certaines intoxications et infections rendent désirable de pouvoir maintenir et parfois augmenter le taux du glutathion sanguin qui, chez les sujets bien portants et de même âge, oscille peu autour d'une valeur moyenne. Sa chute coïncide, en effet, avec un fléchissement de l'état de santé et certains troubles pathologiques s'accompagnent d'une importante diminution du glutathion.

Or, les auteurs, au cours de recherches sur la valeur nutritive des levures, ont mis en évidence la richesse de ces levures en glutathion. Ils ont été ainsi amenés à se demander si l'ingestion de levure pourrait modifier le taux de glutathion sanguin et leurs expériences furent tout à fait concluantes. Il en résulte, en effet, que l'ingestion de levure est suivie d'une augmentation rapide et importante du taux du glutathion sanguin, et qu'au cours de l'administration prolongée de levure, le taux du glutathion, après une rapide élévation initiale, continue à augmenter progressivement jusqu'à atteindre une valeur limite et s'y fixer. Si l'on supprime l'administration de la levure avec retour au régime initial avec viande, le taux élevé du glutathion sanguin, après s'être maintenu pendant une dizaine de jours, revient sensiblement à sa valeur initiale au bout d'une quinzaine de jours.

L'augmentation ne peut être attribuée à une élévation du nombre des hématies, car ce nombre n'a pas sensiblement varié. Il résulte bien d'une augmentation de la teneur en glutathion des globules rouges.

René CHARPENTIER.

Le liquide céphalo-rachidien dans la polynévrite diphtérique. Fréquence de la dissociation albumino-cytologique, par M. JANBON, J. CHAPTAL, P. CAZAL et J. ANDRÉANI (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 février 1943, *Montpellier médical*, mai-juin 1943).

Constatant que, contrairement à l'opinion classique, dans la très grande majorité des cas de paralysies diphtériques où l'examen a été fait, des modifications du liquide céphalo-rachidien ont été observées, les auteurs ont examiné le liquide dans six cas de paralysies diphtériques. Dans ces six cas, les altérations du liquide céphalo-rachidien, constantes, consistaient essentiellement en une dissociation albumino-cytologique, altérations constatées dans des paralysies tardives extensives, apparues après le quatrième septenaire. En réalité, la règle est donc non l'intégrité habituelle, mais l'altération du liquide céphalo-rachidien dans les paralysies diphtériques. Argument de plus pour considérer ces paralysies non comme dues à des névrites tronculaires, mais comme des « neuronites », au sens où Grasset entendait ce terme et dont le professeur L. Rimbaud a montré la légitimité.

René CHARPENTIER.

Oedème et phénomènes paralytiques par déséquilibre alimentaire chez le singe « *Macacus rhesus* », par G. J. STEFANOPOULOU (*Association des microbiologistes de langue française*, séance du 1^{er} juillet 1943).

Chez les *Macacus rhesus* en captivité, l'auteur a plusieurs fois constaté des cas d'oedème et de paralysie. Dans ce travail, il donne les principales

caractéristiques de ces deux syndromes chez ce primate et démontre le rôle que la composition de la ration alimentaire joue dans leur apparition. Ces troubles sont très comparables à ceux que l'on observe chez l'homme soumis à un régime déséquilibré.

R. C.

Action antagoniste de la vitamine H1 et des sulfamides sur les tissus, par A. RUDEANU (*Bulletin de l'Académie de médecine de Roumanie*, séance du 3 juillet 1943, n° 4-5, 1943, Tome XIV).

L'auteur a étudié comparativement l'action de la vitamine H1 (acide para-aminobenzoïque) et du sulfothiazol sur le cœur de la grenouille. Tout se passe comme si, aux concentrations employées, le sulfothiazol et l'acide paraaminobenzoïque avaient le même effet sur les battements du cœur, mais leur administration successive ou simultanée annihile réciproquement leurs effets.

On sait que les recherches récentes de Richard Kuhn, de Kohn et Harris, expliquent l'action des sulfamides par une réaction de substitution qui déplacerait la vitamine H1, absolument nécessaire à l'existence des microbes. Les expériences de M. A. Rudeanu donnent à penser que cette réaction de substitution peut aussi se produire dans les tissus.

R. C.

Sur l'épilepsie expérimentale type Brown-Séquard, par Pierre TANRET (*Bulletin de l'Académie des sciences*, séance du 5 avril 1943).

M. Pierre Tanret montre qu'au cours des crises convulsives qu'on provoque chez les cobayes porteurs de mallophages, par grattage de la face latérale du cou du côté où le sciatique a été réséqué, il n'existe pas de réactions vaso-motrices spéciales du cortex. D'ailleurs, le cortex diencéphale, le mésencéphale, le cervelet et le bulbe semblent étrangers au mécanisme épileptogène, puisque l'aptitude épileptogène persiste après leurs résections. Bien plus, la décérébration transpédonculaire peut faire apparaître cette aptitude épileptogène chez des animaux préparés, mais non encore épileptiques.

Le mécanisme est bien réflexe, puisque la section des branches du plexus cervical superficiel fait disparaître les crises.

Les sections étagées de haut en bas sur l'encéphale, de bas en haut sur la moelle permettent de localiser ce mécanisme dans la moelle cervicale.

L'auteur montre également que chez des animaux non préparés, non porteurs de mallophages, la résection de l'encéphale, bulbe compris, suffit à faire apparaître l'épilepsie réflexe, l'animal étant entretenu en respiration artificielle.

Tout se passe donc chez les animaux préparés et chez les animaux non préparés comme si un même mécanisme épileptogène se libérait dans la colonne cervicale du névraxe. Ce mécanisme est normalement inhibé par les centres supérieurs et favorisé au contraire par l'inhibition de ces derniers.

R. C.

Hypothèse sur le problème biologique des « maladies mentales », par Pierre DOUSSINET (*Revue médicale de France*, mai-juin 1943).

Exposé de considérations sur les rapports de la biologie, de la psychologie, de la neurologie, de la psychiatrie, aboutissant à une tentative de représentation du déterminisme biologique des maladies mentales. En dehors de son aspect structural, le problème biologique de la psychopathologie a un aspect énergétique et qualitatif. Des ensembles dysfonctionnels évoquent des variations de niveaux qualitatifs dans le fonctionnement des divers parenchymes, réalisant de véritables transformations, du régime organique fonctionnel normal et créant autant de régimes fonctionnels morbides. Le problème biologique des affections mentales se présente ainsi comme un problème de pathologie générale.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Poids de l'encéphale et sexualité dans l'enfance et la jeunesse, par le Professeur Pierre NOBÉCOURT, de l'Académie de médecine (*La semaine des hôpitaux de Paris*, avril 1944).

Dans cet article, le dernier sans doute dont il ait corrigé les épreuves quelques jours avant sa mort, le regretté professeur Nobécourt envisage successivement le poids de l'encéphale (plus élevé dès la naissance chez le garçon que chez la fille, ceci étant dû presque exclusivement à l'excès pondéral du cerveau, portant principalement sur les lobes frontal et temporo-pariétal) ; l'accroissement pondéral de l'encéphale ; les relations entre le poids et l'accroissement pondéral de l'encéphale, la taille et l'accroissement statural, le poids et l'accroissement pondéral du corps ; la relation entre l'accroissement pondéral de l'encéphale et l'évolution de la sexualité. Pendant la période pubérale, les accroissements sont différents chez le garçon et la fille. La sexualité peut influencer l'accroissement pondéral suivant les deux modalités habituelles, soit par le sexe somatique ou génétique (acquis dès la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde et qui paraît être le facteur de l'accroissement pondéral de l'encéphale pendant les premières années de l'existence), soit par le sexe génital. Le sexe génital agit par les hormones sexuelles, dont l'action, qui peut intervenir très tôt chez l'enfant, devient surtout manifeste à la puberté. La poussée d'accroissement pondéral de l'encéphale, qui se produit chez la fille au début de la puberté, plaide en faveur de l'intervention des hormones femelles. Chez le garçon, la relation avec l'intervention des hormones mâles est moins nette. Il s'agit ici seulement du poids de l'encéphale et non pas des fonctions psychiques sur lesquelles les hormones sexuelles, et surtout les hormones mâles, exercent une action stimulante bien connue. L'intervention des hormones sexuelles n'exclut pas le rôle dévolu au sexe somatique. Il semble probable que les facteurs sont complexes et s'intriquent.

René CHARPENTIER.

Le métabolisme de l'iode et le corps thyroïde, par le professeur M. ROCH (de Genève). (*Diagnosics et traitements*, novembre 1943).

On suppose que le tissu glandulaire constitue la thyroxine en partant d'un acide aminé, la tyrosine. En se combinant, deux molécules de diiodo-tyrosine forment une molécule de thyroxine. La thyroxine est douée d'une grande activité. Il n'est d'ailleurs pas prouvé que ces substances soient les seules hormones thyroïdiennes actives ni que, dans une certaine mesure, d'autres organes ne puissent remplacer le corps thyroïde dans la formation des hormones iodées.

Le goitre est endémique dans certaines régions, généralement montagneuses et éloignées de la mer. Dans ces pays, le corps thyroïde, déjà volumineux à la naissance, se développe ensuite aux époques où se produisent des modifications sexuelles : puberté, mariage, grossesse, ménopause. Les progrès de l'hygiène, le développement des voies de communication (par l'apport d'aliments importés) diminuent l'endémie goitreuse.

Le traitement du goitre endémique par l'iode (Coindet, Staüh, dès 1820) a donné des résultats remarquables mais doit être conduit avec une extrême prudence pour ne pas déclencher de symptômes basedowiens.

Aussi doit-on s'attacher à la prophylaxie du goitre endémique. Déjà, au milieu du siècle dernier, Prevost en Suisse, Chatin et Baillarger en France, préconisaient l'administration de petites doses d'iode à la population. Le procédé de choix est l'ioduration du sel de cuisine, de pratique facile et couramment employé en Suisse à une dose que beaucoup de médecins suisses voudraient voir doubler (elle est actuellement d'un gramme d'iodure pour 200 kg. de chlorure). Les résultats sont fort encourageants.

La théorie de la carence en iode est loin d'être universellement adoptée. Pourtant, la haute teneur en iode du corps thyroïde, le fait que la thyroxine n'est active que pour autant qu'elle renferme des atomes d'iode, l'efficacité de l'iode pour la guérison du goitre, et sa prophylaxie par de petites doses d'iode, les analyses montrant la faible teneur en iode de l'eau et des aliments dans les régions où sévit l'endémie, sont autant d'arguments en faveur de ceux qui voient dans la carence en iode la cause de l'endémie goitreuse.

René CHARPENTIER.

Thyroxine et cuivre, par MM. SAINTON et SIMONNET (*Société d'endocrinologie*, séance du 25 novembre 1943).

MM. Sainton et Simonnet, ayant observé l'action favorable du cuivre dans quelques cas d'hyperthyroïdie, ont recherché si le cuivre, considéré par les expérimentateurs comme antagoniste de la thyroxine par les uns, comme étant sans action sur elle par les autres, modifiait le métabolisme basal chez le rat hyperthyroïdisé. Ils n'ont constaté aucune action chez les animaux soumis à l'intoxication thyroïdienne et concluent que le cuivre n'intervient pas sur le métabolisme dans leurs conditions expérimentales. Des travaux récents permettent de penser que son action thérapeutique s'expliquerait par un rôle dans les combustions cellulaires.

R. C.

Sur un cas de myotonie atrophique. Importance des troubles endocriniens, par Henri MICHEL-BÉCHET, Michel GODLEWSKI et BERNARD. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943. *Montpellier medical*, mars-avril 1943).

Les auteurs rapportent l'observation d'un syndrome complet, clinique et électrique, de myotonie atrophique, sans facteur familial, chez un homme de 39 ans, avec troubles endocriniens (atrophie testiculaire, calvitie précoce, cataracte ponctuée et verticale) et calcification de la faux du cerveau. Atteinte diencéphalique primitive très vraisemblable.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Quelques réalisations récentes dans le domaine de la prophylaxie mentale, par HEUYER, HAZEMANN et A. HUREZ (*Le Bulletin médical*, 15 septembre 1942).

Considérant que le dépistage précoce de la débilité intellectuelle et des troubles du caractère chez l'enfant, l'appréciation de la curabilité et de l'éducabilité constituent le principal travail de la prophylaxie mentale, que, lutter très tôt contre les anomalies mentales de l'enfant, c'est diminuer le nombre des aliénés et des criminels adultes et que, toutes les dépenses engagées dans ce but sont, au point de vue budgétaire, des opérations essentiellement rentables, le département de la Seine a, depuis le mois de janvier 1942, organisé un service de prophylaxie mentale dans le cadre de l'Office public d'hygiène sociale, dont M. Luquet est le directeur.

La première étape a consisté dans la création de dispensaires d'hygiène mentale, de consultations de neuro-psychiatrie infantile, dont le règlement a déjà été signalé aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* (numéro de mars, 1944, pages 320, 321 et 326). Donnant le texte de ce règlement, auquel sont annexés un tableau de « diagnostics sommaires » et, dans un second tableau, une classification des types d'établissements (externats et internats) correspondant aux différentes indications de placement, MM. Heuyer, Hazemann et Hurez classent en trois catégories les sujets anormaux se présentant aux consultations : débiles intellectuels (arriérés scolaires simples, débiles intellectuels vrais éducatibles ou non éducatibles), déséquilibrés du caractère (émotifs, petits psychopathes instables, paranoïaques ou pervers, grands pervers), malades neurologiques et mentaux (infirmes moteurs, épileptiques, malades mentaux comprenant les eucéphaliques et les diverses formes de démence infantile, notamment la paralysie générale et la démence précoce). Pour chacune de ces variétés, ils indiquent les possibilités, malheureusement beaucoup trop réduites de placement.

Dans le département de la Seine, une entente entre les Assurances sociales et l'Assistance publique tend à la spécialisation des établissements privés pour anormaux existant actuellement. Ces établissements pour anormaux devant avoir surtout pour but un reclassement social des sujets qui leur sont confiés, il est nécessaire de prévoir, à la sortie des instituts médico-pédagogiques, une épreuve d'orientation professionnelle. Une consultation

a été créée dans ce but. En éduquant, en orientant les enfants anormaux, on pourra utiliser selon leurs aptitudes des sujets qui, sans cela, restent des infirmes à la charge de la Société.

Un douloureux problème d'hygiène mentale est ainsi entré dans une phase de réalisations pratiques. Il y a, en cette matière, un grand retard à rattraper et il faut souhaiter, avec les auteurs de cet exposé, que des consultations analogues se multiplient en France. Mais il faut aussi, pour que ces consultations puissent rendre les services que l'on est en droit d'en attendre, mettre à leur disposition les moyens thérapeutiques et éducatifs et les établissements spécialisés sans lesquels leur action risquerait fort d'être inopérante.

René CHARPENTIER.

A propos du « certificat d'examen médical avant le mariage » institué par la loi du 16 décembre 1942, par M. LACOMME et J. GRASSET (*Revue médicale française*, décembre 1943).

On sait qu'en son article 4, la loi 941 du 16 décembre 1942 dispose que « l'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication en vue du mariage, prévue à l'alinéa ci-dessus, qu'après remise par chacun des futurs époux d'un *certificat médical datant de moins d'un mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, qu'il a été examiné en vue du mariage* ».

MM. M. Lacomme et J. Grasset analysent les caractères essentiels de ce texte de loi : libre choix absolu du médecin chargé de rédiger le certificat ; liberté entière laissée au médecin de pratiquer l'examen comme il l'entend sans lui imposer aucune recherche particulière ; certificat attestant uniquement et invariablement que le sujet « a été examiné en vue du mariage » ; la loi n'édicte enfin aucune interdiction de nature à restreindre la possibilité du mariage, faisant ainsi confiance à l'influence morale du médecin et à la conscience du sujet.

Bien appliquée par les médecins, cette loi peut permettre : d'éloigner du mariage la plupart des vénériens contagieux, diminuant ainsi la syphilis conjugale et les manifestations les plus redoutables de la syphilis héréditaire ; de prévenir des syphilitiques méconnus, ignorants ou négligents de la nécessité d'un traitement, en particulier avant toute procréation ; d'éclairer les intéressés sur la transmission possible de maladies héréditaires. Elle ne peut donc manquer d'avoir d'heureux résultats.

Certains la trouvent insuffisante en la comparant à des législations étrangères que rappellent ici MM. M. Lacomme et J. Grasset, en faisant remarquer que la loi française du 16 décembre 1942 est l'aboutissant d'un demi-siècle d'efforts, qu'elle représente un progrès certain et que l'opinion publique, en France, n'est pas disposée à accepter plus de contrainte en la matière. La loi représente le maximum de ce qui pouvait être fait actuellement. Son effet dépendra de la volonté des médecins et de l'éducation du public. Peut-être pourrait-on favoriser la création de spécialistes auxquels des médecins, peu familiarisés avec l'eugénique, pourraient soumettre des cas difficiles ? Et l'éducation du public jouera un rôle essentiel.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

La pénicilline, par Jean SAIDMAN (*Diagnostics et Traitements*, numéro spécial, décembre 1943).

La pénicilline, extraite des produits de sécrétion du *Penicillium Notatum* Westling, se révèle comme un bactériostatique beaucoup plus puissant que les sulfamides et de moindre toxicité. Découverte par A. Fleming, de Londres, en 1929, la pénicilline n'est pas un ferment, mais un acide qui perd rapidement son activité en solution acide, qui est détruit par les alcalins, mais qui est stable en solution neutre. Des techniques ont été réalisées, qui permettent de doser son activité biologique en unités définies. En thérapeutique humaine, la pénicilline est mille fois plus active, à poids égal, sur le staphylocoque doré, que les sulfamides.

La destruction par l'acide gastrique ne permet pas de prescrire ce produit par voie gastrique ; la voie rectale n'est pas recommandée ; le traitement se fait par injections intramusculaires, intraveineuses et même intrarachidiennes (les méninges normales paraissent constituer une barrière). Plus le produit est purifié, plus il est actif et moins il est toxique. Pour une cure totale, on peut en utiliser 3 à 5 grammes. La pénicilline est rapidement éliminée par les urines, d'où la nécessité de doses relativement fortes (5.000 unités Heatley, correspondant à 0 gr. 30 toutes les trois heures) et répétées à de courts intervalles, en injections intramusculaires.

Résultats excellents dans les affections provoquées par le staphylocoque doré, les streptocoques pyogènes, le pneumocoque, le gonocoque, le méningocoque, les bacilles de la diphtérie, le clostridium welchii septique œdématisans, la gangrène gazeuse, le typhus exanthématique. Les méningites sulfamido-résistantes bénéficient de ce traitement. De même, en applications locales dans le traitement des conjonctivites pneumococciques, des mastoïdites, de la gangrène gazeuse, des plaies, les résultats sont excellents. L'action bactériostatique de la pénicilline s'exerce quel que soit le nombre des microbes et n'est pas gênée par un milieu peptoné, par la présence de sang, de pus ou d'autres produits de désintégration des tissus.

Mais il faut créer de véritables usines pour la culture du champignon, disposer de masses énormes de produits chimiques pour l'extraction. Aussi est-il encore difficile de se procurer en quantité suffisante l'extrait purifié nécessaire aux applications médicales. Le produit est d'un prix élevé, qui rend peu opportun de le substituer aux sulfamides dans les cas où les sulfamides donnent d'excellents résultats. Dans les autres cas, par contre, la pénicilline est une acquisition extrêmement précieuse et trouve des applications étendues.

RENÉ CHARPENTIER.

Du traitement de l'épilepsie par le di-phényl-hydantoïmate de soude, par RISER, GAYRAL et GUY (*La Presse médicale*, 4 mars 1944).

Les auteurs indiquent la méthode adoptée par eux après expériences pour substituer aux barbituriques, dans l'épilepsie, le traitement par le di-phényl-hydantoïmate de soude. Abandonnant la substitution complète à la suite de laquelle un état de mal était survenu dans 15 0/0 des cas, ils

lui préférèrent une substitution partielle dont ils indiquent ici la technique. De cette façon, il ne s'est produit aucun état de mal, aucun cas d'intolérance, et cela sans que les malades soient soumis à un régime alimentaire particulier. La dose de 0 g. 30 à 0 g. 40 par jour de solantyl, associée à 0 g. 10 de gardénal, a donné des résultats durables dans une proportion élevée de cas de toutes les variétés du mal cornitial. A noter cependant le peu d'action, dans l'ensemble, sur les équivalents psychiques, troubles caractériels, actes automatiques incoordonnés. Des résultats intéressants ont été également obtenus dans deux cas d'épilepsie symptomatique après blessure du cerveau.

René CHARPENTIER.

Nouvelles expériences avec l'emploi du diphényl-hydantoïate de soude dans le traitement des états convulsifs, par MERRITT (H.) et PUTNAM (T.) (*The American Journal of psychiatry*, mars 1940, p. 1023).

La dose thérapeutique quotidienne a varié de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 chez les adultes et de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 chez les enfants. Sur 267 malades réfractaires aux autres modes de traitement, 237 présentèrent une amélioration.

L. M.

Etude comparative des traitements par « le dilantin sodium » et le phéno-barbital, par WEINBERG (J.) et GOLDSTEIN (H.) (*The American Journal of psychiatry*, mars 1940, p. 1029).

La plupart des cas ont été améliorés par le phéno-barbital, mais les meilleurs résultats ont été obtenus avec le dilantin sodium ; chez 40 0/0 des malades, les crises furent suspendues pendant une période de trois à six mois ; chez 13,3 0/0, elles marquèrent une diminution notable.

L. M.

Traitement de l'épilepsie chez les enfants par le dilantin, par S. LIVINGSTON (96^{me} annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 20 mai 1940).

Comparés aux résultats obtenus chez l'adulte par Putnam et Merritt, les résultats du traitement par le diphényl-hydantoïate de soude ont été décevants.

L. M.

L'association de la β phénylisopropylamine (amphétamine, benzédrine, ortédrine) aux barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, par Jean SIGWALD (*Revue médicale française*, avril 1944).

M. Jean Sigwald propose de corriger l'action psycho-dépressive des barbituriques, tel le gardénal, employés dans le traitement de l'épilepsie, par l'association à ces barbituriques de β phénylisopropylamine (benzédrine ou ortédrine). Il utilise cette médication depuis plus d'un an, avec de bons résultats. L'action euphorique, psycho-excitatrice, antisoporifique de la benzédrine a déjà été utilisée pour le traitement de la narcolepsie et de la depres-

sion psychique, de la schizophrénie et, dès 1938, de l'épilepsie (B. Cohen et A. Myerson).

Des 15 observations résumées qui figurent dans ce mémoire, il résulte que, dans la plupart des cas, le résultat escompté (retour de l'activité physique et psychique) a été obtenu. La médication a été bien tolérée, sans action fâcheuse sur les crises dont ni le nombre, ni la violence n'ont augmenté, sans augmentation des troubles mentaux, même dans les cas présentant avant ce traitement un certain degré d'excitation intellectuelle, sans troubles du sommeil à la dose utilisée. L'auteur estime que « la durée d'utilisation semble pouvoir être indéfinie comme celle des barbituriques, dans le traitement de l'épilepsie ». Il conseille de réserver cette association médicamenteuse aux épileptiques qui se plaignent de l'action psycho-dépressive des barbituriques. Il est d'avis que les équivalents psychiques de l'épilepsie pourraient également en bénéficier et il a obtenu de bons résultats dans un cas de pycnopsie.

A noter également les bons résultats obtenus par M. J. Sigwald en dehors de l'épilepsie, en particulier dans des états mélancoliques à forme hypochondriaque et dans des cas de démence sénile avec agitation et insomnie.

En conclusion, médication bien supportée, dont l'avantage est de supprimer les effets secondaires gênants de la phényléthylmalonylurée sans diminuer son action contre les crises comitiales et d'améliorer ainsi la vie sociale des épileptiques.

René CHARPENTIER.

Note sur l'utilité des analeptiques combinés au luminal dans le traitement de l'épilepsie, par S. FINKELMAN et A. ARIEFF (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1377).

Aucun des analeptiques expérimentés (benzédrine, coramine, métrazol, éphédrine) n'ont eu d'action sur l'assoupissement causé par les hautes doses de luminal ou de bromures dans le traitement de l'épilepsie.

L. M.

Traitement suspensif de la fureur épileptique et de l'excitation épileptique, par J. WEINBERG (96^{me} annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 20 mai 1940).

La production d'une crise convulsive par le métrazol peut amener la disparition des troubles psychomoteurs épileptiques.

L. M.

Psychothérapie dans le traitement de l'épilepsie, par COBB (S.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1009).

En supprimant les difficultés sociales, en améliorant l'hygiène mentale, en utilisant la psychothérapie et la psychanalyse, l'auteur obtint une amélioration marquée dans 67 0/0 des cas, une légère amélioration dans 10 0/0; aucun résultat ne fut obtenu chez 23 0/0 des malades. Au cours du traitement, les médicaments furent souvent, ou diminués, ou même supprimés.

L. M.

Réflexions pratiques d'un psychothérapeute sur la « petite psychothérapie », par A. MAEDER (de Zurich). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 3, 1943).

L'auteur prend comme exemple le psychasthénique, aboulique, craintif, négatif à l'égard de la vie, etc. Quelle est la part psychogène et la part endogène dans un tel cas ? Comment fixer pratiquement la part qui revient à chacun de ces éléments ? En général, l'élément endogène appert « per exclusionem ». Maeder estime qu'un long exercice de la grande psychothérapie est la meilleure introduction à la pratique de la « petite psychothérapie ».

Les psychothérapeutes modernes sont devenus beaucoup plus téméraires, car ils font endosser à leurs malades une partie de la responsabilité de leur avenir, de leurs succès et de leurs échecs.

O. FOREL.

A propos de quelques incidents convulsifs observés chez les enfants après sulfamidothérapie pyridinique, par ETIENNE, CHEYNEL, et COSTECALDE. (*Société des sciences médicales et biologique de Montpellier et du Languedoc méridional*, en, séances des 19 et 26 mars 1943, *Montpellier médical*, juillet-août 1943).

Les auteurs attirent l'attention sur une complication peu signalée, observée par eux une dizaine de fois, après l'administration, chez des enfants de 8 à 12 ans, de deux grammes de soludagénan en deux injections intramusculaires au cours de la journée (généralement chez des opérés d'appendicite grave. Il s'agit de manifestations convulsives parfois prolongées, parfois inquiétantes, que les auteurs ont tendance à rapporter à une alcalose subite peut-être déclenchée par le support sodique très alcalin du soludagénan.

René CHARPENTIER.

Un cas de mort après ingestion de sulfamides, par PÉRIN, LAFONTAINE et PAYENNEVILLE (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 9 décembre 1943).

Les auteurs ont observé une femme atteinte de syphilis ancienne qui, pour une gonococcie, reçut 9 g. de lysothiazol (1 g. toutes les heures, dans un verre d'eau) de 9 h. à 18 h. ; le soir même, céphalée, agitation, convulsions et mort dans la nuit. A l'autopsie : hémorragies cérébro-méningées des deux hémisphères et lésions d'artérite cérébrale dues vraisemblablement à la syphilis. La malade avait reçu une dose de 75 cg. de novarsénobenzol sept jours avant sa mort.

R. C.

Les comas acidotiques d'origine médicamenteuse, par LÉON TIXIER et André HUREY (*Revue médicale française*, février 1944).

Deux ordres de médicaments employés en neuro-psychiatrie sont susceptibles de donner lieu à des comas acidotiques, ce sont les préparations sali-

cylées et les sulfamides, ces derniers moins fréquemment. Ces faits, qui ne sont pas exceptionnels, méritent d'être bien connus. MM. Léon Tixier et André Hurey en schématisent le tableau clinique, caractéristique, mais dont le diagnostic est souvent méconnu. Ils insistent sur le rôle capital de l'atteinte du système sympathique et du mésocéphale et indiquent les règles du traitement prophylactique (administration du salicylate de soude correcte et après examen des urines, abstention de cette thérapeutique chez les vieillards, les sujets tarés, les gouteux atteints de néphrite) et les règles du traitement curatif (hydratation, alcalinisation, traitement glyco-insulinique si les phénomènes d'acidocétose sont intenses, toniques généraux), dont l'administration massive d'eau chlorurée sous forme de sérum physiologique est l'élément capital.

René CHARPENTIER.

Trois cas de paralysie sciatique après injection intra-musculaire de soludagénan, par J. LÉVESQUE, H. PERROT et BOURDIN (*Société de pédiatrie*, séance du 7 décembre 1943).

A la suite d'injections intra-musculaires fessières correctement exécutées, s'est développée deux fois une paralysie des membres inférieurs, une fois une paralysie unilatérale. Dans un cas, il s'agissait d'une injection de Fontamide.

R. C.

Un cas de méningite à pneumocoques sulfamido-résistants traité par la pénicilline, par René MARTIN, B. SUREAU et A. VITTOZ (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 mars 1944).

Observation d'un nourrisson de 4 mois atteint de méningite à pneumocoques. Après 17 jours d'un traitement sulfamidé inefficace, devant la sulfamido-résistance de la souche (les pneumocoques poussaient encore en présence de 450 mg. pour 100 de sulfamide) et l'aggravation de l'état, les auteurs instaurent un traitement pénicillé intra-rachidien. En 24 heures, le liquide céphalo-rachidien est stérilisé. Dès la suspension du traitement par voie rachidienne, une rechute se produit, jugulée en 48 heures par un nouveau traitement pénicillé. Malgré tout, l'évolution se termine par la mort. Il faut noter que le traitement n'a été mis en œuvre qu'au 18^e jour de la maladie, chez un nourrisson de 4 mois.

R. C.

Traitement de la mélancolie d'involution, par H. PALMER (96^{me} annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 21 mai 1940).

L'auteur insiste sur la longue période prodromique de l'affection et insiste sur les mesures préventives : traitement par la narcose, par les choes pharmacodynamiques ; traitement endocrinien et emploi d'une substance œstrogène synthétique.

L. M.

Traitement de la mélancolie d'involution, par AULT (C.), HOCTOR (E.) et WERNER (A.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 691).

Guérison de 90 0/0 des malades atteintes de mélancolie d'involution et traitées par l'injection de l'hormone œstrogène en solution aqueuse (theclin). Les doses employées étaient de 30.000 à 60.000 unités internationales durant le premier mois ; elles étaient ensuite réduites à 2.000 ou 10.000 par semaine.

L. M.

Aménorrhée d'origine émotive avec retour immédiat des règles par traitement hormonal et antispasmodique, par Cl. BÉCLÈRE (*Société française de gynécologie*, séance du 4 octobre 1943).

A propos de huit observations d'aménorrhée d'origine émotive, M. Cl. Béclère conseille d'essayer d'abord la prostigmine seule, si possible en phase lutéinique. En cas d'échec, il faut faire le traitement associé, soit qu'il s'agisse d'une hyperhormonale : progestérone + prostigmine, soit qu'il s'agisse d'une hypo-hormonale : folliculine + progestérone + prostigmine. Il semble, en effet, qu'il y ait à la fois trouble vasomoteur pelvien et trouble antéhypophysaire.

R. G.

La prévention et le traitement par la thyroxine des crises aiguës des hyperthyroïdiens, par Jacques MAHAUL (de Bruxelles). (*La Presse médicale*, 5 février 1944).

L'équilibre instable dans lequel vit l'hyperthyroïdien grave le prédispose à des accidents aigus (agitation anxieuse, tachycardie, hyperthermie, etc.), souvent mortels, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, d'une congestion pulmonaire, d'une angine, d'une émotion.

Cette crise aiguë résulterait d'une hypothyroxémie brusque par épuisement thyroïdien momentané, dont la cause principale résiderait dans le bilan négatif d'iode. La thyroïdectomie (même suivie de traitement par la thyroxine) est contre-indiquée chez les sujets en crise. Par contre, l'administration de thyroxine ou d'extrait thyroïdien amène des améliorations remarquables. M. J. Mahaul, qui a vérifié à plusieurs reprises cette action favorable, en rapporte deux observations. Ce traitement peut être instauré préventivement lors de l'éclosion de complications infectieuses ou autres chez des hyperthyroïdiens graves.

L'auteur insiste en terminant sur la nécessité, pour les centres hospitaliers traitant des hyperthyroïdiens, de pouvoir effectuer rapidement des dosages d'iodémie.

René CHARPENTIER.

Le régime carotinogène dans le traitement des hyperthyroïdies, par Y. BOQUIERS (de Nantes). (*La Presse médicale*, 4 mars 1944).

Se basant sur le fait que les caroténiques ont un abaissement du métabolisme basal, M. Y. Boquien a tenté, dans le traitement des hyperthyroïdies, de surcharger l'organisme en carotène, la thérapeutique de la maladie de Basedow par la vitamine A, dont le carotène est la provitamine, ayant

d'ailleurs été déjà tentée avec de bons résultats. Le régime alimentaire fut le plus souvent associé au repos et à un traitement médicamenteux (Iugol, di-iodothyrosine, sédatifs), l'association s'étant montrée supérieure à l'emploi du traitement médicamenteux seul comme à l'usage du régime seul. L'amélioration, rapide, a porté sur les symptômes les plus marquants et les plus pénibles : goitre, tachycardie, modifications du psychisme, courbe du poids. Les circonstances actuelles n'ayant pas permis de rechercher systématiquement le métabolisme basal ni le bilan humoral complet avant et après traitement, les constatations cliniques ont, seules, servi de base aux conclusions, très favorables, de l'auteur.

Peut-être parce que la teneur de leur organisme en carotène est anormalement basse, il semble qu'il y ait une certaine difficulté chez ces malades à arriver à la pigmentation générale ou même à la pigmentation palmo-plantaire, signe de saturation. Dans la moitié des cas, cette coloration n'a pas été obtenue. Les résultats obtenus confirment ainsi le lien étroit qui associe la vitamine A et sa provitamine (carotène), au fonctionnement de la glande thyroïde. D'ailleurs, les extraits thyroïdiens ont été utilisés également contre la caroténémie.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Problèmes médico-légaux soulevés par la pratique de l'électro-choc, par G. DAUMÉZON et P. DELAMARRE (*Annales de médecine légale*, septembre-octobre 1943).

MM. G. Daumézon et P. Delamarre demandent si l'électro-choc doit être considéré comme une médication anodine, journalière, en psychiatrie, un mode de traitement pour lequel le médecin n'a pas à tenir compte de l'autorisation ou de l'opposition de la famille du malade ? Ils concluent par l'affirmative et rapportent un cas où il fut passé outre à l'opposition du mari, opposition à laquelle ils attribuent des mobiles d'ordre social.

Ils posent ensuite la question de la capacité juridique au cours d'interventions consécutives à l'électrochothérapie. Cette question dépasse celle des intervalles lucides, en général à cause des fines dissociations possibles des divers processus morbides au cours de guérisons apparentes et passagères et particulièrement à cause de troubles fréquents de la mémoire compatibles avec une activité apparemment normale mais amnésique au cours de traitements ambulatoires.

Ils expriment enfin le vœu qu'une tarification officielle fixe le taux d'invalidité à allouer (quand il s'agit d'un état indemnisable) pour évaluer l'incapacité de malades en rémission à la suite d'électrochothérapie.

René CHARPENTIER.

Recherches des troubles psychopathiques chez 500 conducteurs inculpés d'accidents, par SELLING (L.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1944, p. 68).

Sur 500 conducteurs ayant causé des accidents, 180 étaient faibles d'esprit, 179 étaient des alcooliques ; l'auteur demande que tous les conducteurs de transport soient examinés au point de vue mental.

L. M.

Délinquance homosexuelle infantile, par M. HENNESSY (96^{me} annual meeting of the *American psychiatric association*, Cincinnati, 20 mai 1940).

Un acte pervers ne relève pas toujours d'une perversion instinctive. L'étude de nombreux cas de sodomie, de tribadisme et de travestissement montrent que ces manifestations médico-légales peuvent s'observer chez des individus aliénés, faibles d'esprit et même chez des sujets normaux.

L. M.

Incarcérations de longue durée, par M. SOKOV *The American Journal of psychiatry*, mai 1940, p. 1321).

L'étude de 30 assassins, incarcérés durant une période de vingt années au moins, donne les résultats suivants : l'emprisonnement a peu modifié leur psychisme ainsi que leurs idées concernant la religion et le crime. Tous considéraient que leur punition était justifiée, mais ils la trouvaient trop sévère. Malgré leur désir de liberté, beaucoup sont résignés et seraient incapables de pouvoir reprendre une vie normale. La plupart sont bienveillants et n'ont aucune animosité contre la société.

L. M.

Etude clinique, pathogénique et médico-légale, d'un cas de sclérose latérale amyotrophique traumatique, par Paul LECHELLE et André ANCELIN (*La semaine des hôpitaux*, avril 1944).

Chez un homme de 43 ans, présentant jusqu'à ce moment une excellente santé, sont survenus, six mois après un violent traumatisme, les premiers signes d'une affection qui, malgré l'absence de signes bulbaires caractérisés, paraît bien être un cas de maladie de Charcot. Les auteurs ont relevé dans la littérature médicale 90 cas présentant le même syndrome : amyotrophie, exagération des réflexes tendineux, absence de troubles de la sensibilité et apparition de signes bulbaires.

Le traumatisme est rare à l'origine de la maladie de Charcot ; on ne le trouve pas dans 10 0/0 des cas (Starker). L'affection présente alors quelques caractères cliniques particuliers et, au début, la méconnaissance du diagnostic est de règle. L'évolution est semblable à celle des formes habituelles de la maladie. En règle générale, les auteurs se refusent à considérer le traumatisme comme la cause efficiente de la maladie de Charcot. On admet pourtant l'existence d'une maladie de Parkinson traumatique. De même qu'un accident peut entraîner un vieillissement précoce de l'individu, on peut concevoir qu'un choc violent puisse amener un vieillissement prématuré des cellules nerveuses. Le processus de dégénération peut être interprété comme une abiotrophie du système moteur. Quoi qu'il en soit, à l'incertitude de la pathogénie s'oppose la réalité de la responsabilité médico-légale. Les tribunaux concluent à la relation de cause à effet entre le traumatisme et la sclérose latérale amyotrophique. L'état antérieur à l'accident n'intervenant pas pour la législation française, aucune clause restrictive n'existe dans l'évaluation de cette réparation.

René CHARPENTIER,

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1944*, à 15 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 novembre 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousseau, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1944*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r René CHARON, ancien médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens (Somme).

Concours de l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour 4 places d'*interne en médecine titulaire* des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine et pour la désignation d'*internes provisoires* s'ouvrira à Paris le 10 janvier 1945.

Les *inscriptions* sont reçues à la préfecture de la Seine, service des établissements départementaux d'assistance, 1^{er} bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau (2^e étage, pièce 233), tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 2 au 16 novembre 1944 inclus.

LÉGISLATION

Ordonnance du 9 août 1944 rétablissant la Légalité Républicaine sur le territoire continental

Dans l'ordonnance du 9 août 1944, complétée par l'ordonnance du 11 octobre 1943 (J.O., 12 octobre 1943) relatives au rétablissement de la *légalité républicaine sur le territoire continental*, il est expressément constaté la nullité des actes visés aux tableaux I et II, annexés à la dite ordonnance :

TABLEAU I. — La constatation de nullité des actes mentionnés au tableau I vaut pour les effets découlant de leur application antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

Notons parmi ces actes : la loi du 22 novembre 1941 concernant l'exercice de la médecine ; la loi du 31 décembre 1941 concernant l'exercice de la médecine et de la chirurgie des animaux ; la loi du 14 septembre 1943 relative à l'organisation de la profession de sage-femme.

TABLEAU II. — La constatation de nullité des actes mentionnés au tableau II ne porte pas atteinte aux effets découlant de leur application antérieure à la mise en vigueur de cette ordonnance ; citons parmi ceux-ci :

le décret du 23 février 1941, relatif à l'organisation des études pharmaceutiques ;

la loi du 19 octobre 1942, instituant une limite du nombre des étudiants admis à s'inscrire en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

la loi du 29 octobre 1942, relative aux inscriptions et immatriculations dans les établissements d'enseignement supérieur

et tous les actes relatifs au Centre national de la recherche scientifique.

TABLEAU III. — L'article 5 de la même ordonnance déclare immédiatement exécutoires sur le territoire continental de la France les textes visés au tableau III (ordonnances, décrets et arrêtés du Comité français de la Libération nationale).

Parmi ces textes, figurent ceux concernant l'exercice de la médecine par les étrangers naturalisés français, la suppression de l'ordre des médecins, des dispositions en faveur de certaines catégories d'étudiants, etc.

LA PSYCHIATRIE DANS L'ARMÉE

Les problèmes psychologiques dans l'Armée Britannique pendant cette guerre. Conférence du Professeur J. R. Rees.

Le mercredi 25 octobre 1944, à 15 heures, a eu lieu à la Sorbonne, Amphithéâtre Richelieu, une conférence du Professeur J. R. REES, Médecin-Chef

de la Tavistock Clinie de Londres, Général Psychiatre consultant de l'Armée Britannique, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*, sur « les problèmes psychologiques dans l'Armée Britannique pendant cette guerre ». Cette Conférence avait lieu sous la présidence d'honneur de M. le Recteur ROUSSY et la Présidence de M. le Professeur Pierre JANET, membre de l'Institut.

Elle avait été organisée par la *Société française de psychologie*, la *Société médico-psychologique*, la *Société française de philosophie* et la *Commission Générale d'Organisation Scientifique* (C.E.G.O.S.).

Après quelques mots de bienvenue du Recteur et du Président, le Général REES brossa un tableau général de l'organisation psychiatrique dans l'Armée Britannique. Il insista sur l'importance accordée à la psychiatrie. Si l'armature générale rappelle en gros celle en vigueur dans l'armée française jusqu'en 1940, toute une organisation nouvelle est venue depuis cette date compléter l'équipement psychiatrique, à savoir, l'organisation de l'orientation et de la sélection psychotechnique dans l'Armée. La répartition des hommes dans les différentes armes et spécialités est déterminée après passage dans ces centres où, durant 6 semaines, les recrues font l'objet d'une observation générale, d'une enquête sociale. Ils y sont soumis à des tests psychotechniques et, si nécessaire, à un examen psychiatrique.

La sélection des officiers donne lieu à des modalités encore plus rigoureuses (centres spéciaux, examens psychiatriques systématiques, détermination du caractère et de la personnalité, de l'aptitude au commandement et, notion sur laquelle insiste le Général REES, de la *stabilité*, condition essentielle, selon lui, d'un bon moral).

La lutte contre les émotions et commotions de l'avant a été également organisée de façon méthodique. Des Centres, dits d'exhaustion (pour éviter l'effet psychologique défavorable du mot commotion) reçoivent les sujets en proie à la psychonévrose émotionnelle ou à la confusion transitoire. Après quelques jours de traitement, la plupart d'entre eux peuvent regagner les lignes. Seule une minorité doit être évacuée sur l'intérieur.

Après quelques précisions sur les méthodes thérapeutiques employées (insuline, électrochoc, etc.), le Général REES évoque les problèmes psychiatriques de demain. Il prévoit l'examen systématique des prisonniers rapatriés, le reclassement dans la vie civile des démobilisés. Il demande, pour terminer, une alliance étroite du psychologue, du psychiatre, du psychotechnicien.

A l'issue de la conférence, une discussion s'engagea, sollicitée par le conférencier. Après le Recteur, les D^{rs} Lhermitte, Tournay, Heuyer prirent la parole. Il fut demandé en particulier qu'un enseignement pratique soit tiré de cette réunion, enseignement dont devrait bénéficier l'armée française de demain.

De cette séance, il faut retenir la position, considérable à tous points de vue, qu'a conquise la psychiatrie dans l'Armée Britannique. Cette position, les problèmes d'après-guerre semblent devoir la confirmer. Il y a là l'indice d'une évolution que l'on pouvait prévoir depuis longtemps, mais qui entre aujourd'hui dans la voie des réalisations.

En France, les milieux psychiatriques sont acquis à cette notion. Une de leurs tâches essentielles doit être d'en convaincre, chacun dans sa sphère, les cercles officiels compétents.

ACADEMIE FRANÇAISE

M. le professeur PASTEUR-VALLÉRY-RANOT a été élu, le 19 octobre 1944, *membre de l'Académie française*, au fauteuil précédemment occupé par M. Edouard Estaunié.

ACADEMIE DE MEDECINE

Election du Secrétaire général

M. le professeur ROUSSY, Recteur de l'Université de Paris, a été élu, le 31 octobre 1944, *Secrétaire général de l'Académie de médecine*, en remplacement du professeur ACHARD, décédé.

UNIVERSITÉS

Admission gratuite des officiers et soldats alliés dans les Facultés

Par circulaire du 22 septembre, le ministre de l'Education nationale a décidé d'admettre les officiers et soldats des armées alliées à suivre gratuitement les cours, conférences et travaux pratiques organisés dans tous les Etablissements d'enseignement supérieur et de leur accorder le libre accès des bibliothèques. Leur admission devra être prononcée sur la seule justification de leur qualité d'officier ou soldat des armées alliées.

NÉCROLOGIE

Maurice Olivier (1876-1944)

La disparition soudaine du docteur Maurice OLIVIER a profondément ému le corps des médecins aliénistes et, contrairement à la loi de la nature, c'est à son aîné, dont il a été l'élève, le collaborateur et l'ami, que revient le douloureux devoir de commémorer sa mémoire. J'ai vécu dans l'intimité de ses aspirations au début même de sa carrière et c'est pour moi un devoir de piété de venir apporter à son souvenir les témoignages d'estime, d'affection que j'éprouvais pour lui.

Olivier est né à Villevieille dans le Gard, il appartenait à une famille protestante. Il fit ses études à Montpellier, puis à Paris. Il ne se dirigea pas tout de suite vers la médecine mentale ; il s'était orienté d'abord vers la politique. C'est par un simple concours de circonstances qu'il apprit qu'une place d'interne était vacante à l'asile de Blois et qu'il fut agréé. Ce fut une surprise pour tout le personnel d'apprendre que ce jeune interne venait de

se présenter à la députation. A partir de cette époque, Olivier abandonne la politique et il s'adonne complètement à la médecine mentale. Il a comme maître Doutréhente qui, depuis vingt-cinq ans, dirige l'asile de Blois ; je venais d'être nommé médecin-adjoint de ce même asile. Je ne peux évoquer les années qui se passèrent alors dans l'intimité d'une collaboration journalière entre le médecin-directeur, le médecin-adjoint et l'interne en médecine sans éprouver un sentiment de reconnaissance pour ces deux collègues disparus qui m'ont procuré des heures si douces.

Dès lors, Olivier se livre à l'observation méthodique des faits cliniques ; il assiste aux autopsies et passe de longues heures au laboratoire que Doutréhente venait de créer. En 1903, il soutient sa thèse devant la Faculté de Médecine de Paris sur « l'internement des aliénés réputés criminels ». Soit seul, soit en collaboration avec son médecin-directeur et son médecin-adjoint, il publie, sous forme de mémoires dans l'*Echo Médical du Centre*, la *Revue de Psychiatrie*, la *Gazette des Hôpitaux*, les *Annales des maladies vénériennes*, et sous forme de communications à la Société anatomique et à la Société médico-psychologique, une série de recherches sur l'épilepsie, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, les tumeurs cérébrales, les délires chroniques.

Il prépare alors le concours de l'adjuvat. Il est reçu au concours de 1907 ; il est nommé la même année médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), où il ne devait rester que peu de temps. En 1909, le poste de médecin-adjoint de l'asile de Blois devient libre par suite de ma nomination à la Maison Nationale de Charenton et Olivier revient comme médecin-adjoint là où il avait passé ses années d'internat.

Mobilisé pendant la guerre 1914-1918, sa belle conduite sur le front de la Somme lui fait décerner en 1915 la croix de guerre. Il reprend ensuite son poste de médecin-adjoint et il ne devait plus quitter l'asile de Blois qu'à l'âge de la retraite, après avoir parcouru tous les échelons de la carrière. En 1920, il succède au docteur Ramadier comme médecin-directeur. Il place tous ses efforts à améliorer l'établissement, à en faire un hôpital psychiatrique moderne. Il transforme le laboratoire de l'asile, qui devient un laboratoire départemental ; il met ainsi à la disposition des médecins du Loir-et-Cher les moyens de diagnostic et de thérapeutique maintenant indispensables à tout praticien.

C'est à cette même époque qu'il est nommé président de l'Association médicale des médecins des asiles d'aliénés.

Plusieurs faits importants marquent la carrière d'Olivier. En 1925, il est repris du démon de la politique, qui ne faisait que sommeiller en lui ; il devient maire de Blois, ce qui va lui permettre d'assurer avec la même compétence l'administration de la ville et de l'asile.

En 1926, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Genève-Lausanne, il est désigné comme secrétaire général de la XXXI^e session, qui doit se tenir à Blois l'année suivante. Tous ceux qui ont assisté à ce Congrès se rappellent certainement comment l'action habilement concertée du Maire et du Directeur de l'asile a favorisé l'organisation et la réussite de cette réunion.

Président de la XLII^e session du Congrès, tenue à Nancy en 1937, son discours inaugural intitulé : « Du pessimisme à l'optimisme » est un monument imposant d'une haute teneur philosophique, dans lequel il pose l'éternel problème de la souffrance, de la douleur devant la destinée humaine et sa contre-partie inéluctable, le perpétuel optimisme de la nature humaine.

Il y a dans toutes les existences une période heureuse plus ou moins longue, pendant laquelle la vie vous sourit, vous prodigue ses bienfaits. Pour Olivier, cette période était terminée. Deux deuils cruels vont venir révéler les premiers symptômes d'une affection cardiaque, dont il continuera à souffrir. Il perd deux de ses fils et il fallut les soins affectueux et attentifs de sa femme, une tendresse partagée pour qu'il pût surmonter cette terrible épreuve. Avec la même énergie, il continue à remplir ses dures fonctions de maire et de directeur d'asile, cherchant dans le travail l'atténuation à son chagrin. D'autres événements vont bientôt encore ébranler sa santé. En 1940, Blois est bombardée ; toute la partie basse de la ville n'est plus que ruines ; les maisons sont livrées au pillage ; les conduites d'eau, de gaz, les canalisations électriques sont détruites. Olivier se met à la tête d'une équipe de volontaires, rétablit la police et ravitaille la ville. En même temps, il tient tête aux envahisseurs, s'opposant à toute déprédation, protégeant la population civile, s'opposant aux réquisitions pouvant nuire à la vie de la ville. Je l'ai vu à l'œuvre, dirigeant de la Mairie, alors transférée à l'Evêché, les divers rouages de son administration, souffrant profondément des épreuves de la défaite. Je l'avais trouvé très fatigué ; son ardeur dépassait ses forces. Malgré mes conseils, il voulut encore assurer ses fonctions de maire et ce n'est qu'après avoir rendu aux habitants de Blois une vie possible qu'il consentit à quitter ses fonctions en 1940. Depuis deux ans, il avait atteint l'âge de la retraite, et il pouvait enfin goûter un repos relatif quand une nouvelle contrariété vint encore l'affecter profondément. Sans égard pour le rôle social de l'hôpital psychiatrique de Blois, un décret ministériel ordonne la désaffectation immédiate de l'établissement, où Olivier avait rendu tant de services. Il eut alors un sursaut de colère, retrouva son ardeur combative et protesta auprès des pouvoirs publics, voulant avoir la satisfaction d'avoir fait son devoir jusqu'à l'extrême limite de ses forces.

Toutes ces émotions l'avaient épuisé. Les bombardements de Blois, en lui imposant le régime des alertes, contribuèrent aussi à abrégier sa vie et, quelques jours avant sa mort, il me faisait part de son état alarmant.

Olivier fut un médecin-directeur habile, actif ; il était toujours attiré par ceux qui marchent en avant de leur équipe ; il était accessible à toutes les suggestions heureuses en même temps que respectueux de toutes les opinions. Il n'a ménagé ni son temps, ni sa peine pour se rendre utile aux autres. Son activité professionnelle, son œuvre médico-sociale peuvent être données en exemple. La médaille d'or de l'Assistance publique lui avait été décernée en 1929, et il avait été nommé en 1934 chevalier de la Légion d'Honneur. Il était membre de la Société médico-psychologique depuis 1907.

Que ces quelques souvenirs, portant sur la vie du docteur Olivier, apportent à Mme Olivier, dont je tiens à rendre hommage à l'âme d'élite, ainsi qu'à ses enfants, un peu du réconfort dont nous avons tant besoin dans le malheur et l'assurance de la sympathie attristée de la grande famille des médecins aliénistes, de ses amis et en particulier de son vieux maître.

L. MARCHAND.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COMESLANT (personnel intéressé). — 69.090. — 1944

C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : IV-1944.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA CRISE D'ORIGINALITÉ JUVÉNILE A LA SCHIZOPHRÉNIE (1)

PAR

RENÉ BESSIÈRE

L'an dernier, je faisais ici une causerie sur les constitutions psychopathiques. L'ampleur du sujet et l'obligation de ne pas trop dépasser l'heure m'avaient obligé de passer sous silence un point de vue que j'aurais voulu tout au moins esquisser et je m'étais promis d'y revenir plus longuement si l'occasion s'en présentait. M. le professeur agrégé Delay en me demandant de vous faire une nouvelle causerie m'a fourni cette occasion et je me mis au travail.

Je m'excuse de vous parler d'abord de moi, ce « moi haïssable » suivant Pascal, mais le curieux fait personnel que je vais vous conter est déjà un peu mon sujet et va m'aider à l'aborder et à en préciser les contours.

J'ai l'habitude, depuis ma jeunesse, de conserver tous mes manuscrits qui remplissent des cartons dont le classement n'est

(1) Conférence faite le 19 décembre 1943 à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris (professeur agrégé Jean Delay).

pas exemplaire. Il y a quelques mois, j'avais entrepris de mettre un peu d'ordre dans ce fatras et j'ouvris, par hasard, un dossier de quelques pages. Il contenait une observation de paralysie générale juvénile prise en 1913, quelques fiches bibliographiques sur ce sujet et notamment un court résumé d'un article de Toulouse et Marchand, paru en 1901, sous le titre : Démence précoce par paralysie générale. Ce résumé était ainsi rédigé :

La paralysie générale est une maladie anatomiquement bien définie. Mais elle se manifeste psychiquement sous des aspects différents suivant l'âge du sujet, de telle sorte qu'on a :

jeune âge : démence simple ;

adolescence : forme de démence précoce hébéphrénocatatonique ;

âge mûr : forme classique ;

vieillesse : forme rappelant la démence sénile.

Ce résumé était suivi par le projet d'un article à publier, reflétant, bien entendu, les tendances de la psychiatrie kraepelinienne, qui était à cette époque à son apogée. Voici le plan de ce travail projeté.

A cette conception de la paralysie générale, il y aurait lieu de rapprocher la synthèse démence précoce qui, étant admis qu'il s'agit d'une affection neuro-épithéliale, différerait également dans ses manifestations psychiques suivant l'âge du sujet. On aurait donc :

jeune âge : démence simple ;

adolescence : forme hébéphrénocatatonique ;

âge mûr : démence paranoïde ;

vieillesse : forme spéciale de démence paranoïde rappelant la démence sénile.

Dès lors : les manifestations *hébéphrénocatatoniques* seraient peut-être la formule de l'adolescence.

Pourquoi ? en rechercher les raisons en étudiant la « Psychologie de l'adolescence ».

J'avais complètement perdu de vue ce projet de travail qui n'avait jamais été réalisé pour de nombreuses raisons dont la principale fut la guerre de 1914 et ses suites. Mais n'est-il pas frappant de retrouver un problème oublié, alors qu'on travaille, 30 ans après, à le résoudre ? Ainsi, « même si les rêves et les projets de jeunesse ne subsistent que sous la forme de souvenirs inconscients, ils n'en sont pas moins assimilés au moi et ils composent une réalité psychologique sous-jacente qui sert de tremplin à la vie de l'adulte » (Debesse). La constitution psychique normale ou pathologique, innée ou acquise au cours de

l'enfance et de l'adolescence, n'est pas un vain mot, ni une simple vue de l'esprit et le sujet que je vais traiter va peut-être nous donner des vues intéressantes sur le mode de formation de l'une des constitutions psychopathiques, la constitution schizoïde, en partant d'une structure psychique normale : la structure psychique juvénile.

Je me demandais donc en 1913 si les manifestations hétérophrénocatatoniques ne seraient pas la formule mentale pathologique propre à l'adolescence. Et je pense maintenant que même si les événements ne m'avaient pas fait oublier ce problème, je n'aurais pu tenter de le résoudre à cette époque car les études psychologiques sur l'adolescence qui devaient être les fondements de mes recherches étaient encore rudimentaires.

Depuis cette époque, d'assez nombreux et intéressants travaux sur l'adolescence ont paru que je ne puis vous énumérer. Je me contente de vous citer les plus importants : *en français* : les livres de Mendousse, Nathan, Piaget, Wallon, Vermeylen, Gilbert Robin ; *en anglais* : Hollingworth, Brooks, Lancaster, Bigelow, Tracy ; *en allemand* : Buhler, Kunkel, Spranger, Stern et sans oublier, bien entendu, la légion des psychanalystes.

Tous ces travaux sont cités ou utilisés dans un important et capital volume de Maurice Debesse : *La crise d'originalité juvénile*, paru en 1937. C'est cet ouvrage dont il me faut d'abord essayer d'extraire pour vous « la substantifique moelle ».

Nous étudierons ensuite les rapports de cette crise d'originalité avec la schizoïdie, avec la schizophrénie et, en fin de compte, nous rechercherons si cette crise d'originalité ne pourrait aussi expliquer comment bon nombre d'états mentaux pathologiques de la jeunesse présentent une apparence schizophrénique.

I. — La crise d'originalité juvénile suivant Maurice Debesse

Sous le nom de crise d'originalité juvénile Debesse veut décrire un mouvement d'exaltation du moi que l'on observe fréquemment à la puberté chez les adolescents et chez les adolescentes et qui se caractérise par le désir de se distinguer, le plaisir de se singulariser, l'horreur de la banalité, la propension à faire de soi quelque chose d'exceptionnel qui va jusqu'à l'égotisme et s'accompagne d'un non conformisme agressif. Ce désir d'originalité qui évolue suivant une certaine courbe et qui présente à un certain moment une phase critique se place entre l'enfance et l'âge adulte. Cette crise traduit ainsi le bouleversement pro-

fond provoqué par la rupture de l'équilibre enfantin, l'apparition des fonctions nouvelles, la prise de conscience de soi et la naissance d'une pensée autonome.

Début et évolution : La naissance de ce désir d'originalité peut être fixé autour de la 14^e année chez les jeunes filles et de la 15^e année chez les jeunes gens. Parfois, il se montre plus tôt : 10 ou 12 ans, parfois plus tard : 16 ou 18 ans. On peut donc dire qu'il accompagne la puberté physique et il est un des premiers éléments de la puberté mentale.

La naissance de la crise paraît liée à des événements déprimants, à des émotions douloureuses ou tout au moins désagréables, mort d'un être aimé, brusques modifications d'existence par revers de fortune ou changement de résidence, échec à un examen, etc.

Ces événements causent une déception, traduisent un échec ; ils sont à l'origine d'une discordance entre le possible et le réel ; ils créent une désadaptation du sujet et du milieu et éveillent ainsi l'attention à soi-même. En réalité, ces événements qui paraissent provoquer la crise comme un coup de théâtre ne font que cristalliser des aspirations qui existaient déjà depuis quelque temps.

Pour Debesse, la crise évolue en 3 phases :

a) entre 14 et 16 ans se place la *période d'affirmation extérieure* caractérisée par la révolte contre tout ce qui peut gêner cette affirmation de soi et par le vif désir de se singulariser et d'étonner par le costume les idées, le langage, le comportement ;

b) vers 16 ou 17 ans, c'est la *période du culte du moi* avec le recueillement et la vie intérieure ;

c) enfin, vers 18 ans pour les adolescentes, vers 19 ans pour les adolescents, l'exaltation diminue, un nouvel équilibre s'esquisse, c'est le *dénouement de la crise*.

Nous allons maintenant étudier tous ces éléments avec plus de détails.

1. AFFIRMATION EXTÉRIEURE DU MOI

A. LA RÉVOLTE JUVÉNILE. — C'est parce que pour beaucoup de jeunes gens la révolte constitue toute la crise que nous allons d'abord examiner cette rébellion.

A peine sorti de l'enfance, l'adolescent devient protestataire et manifeste un esprit de contradiction que Chavigny appelle le *négalisme physiologique*. Bientôt, sous des formes variées et individuelles allant de la résistance passive à la guerre ouverte,

il est en révolte contre toutes manifestations de la vie adulte et de l'organisation sociale qu'il comprend mal et dont il ne sent que les entraves. Ainsi l'adolescent fait figure de révolutionnaire à l'égard de la famille, de l'école, de l'église, de la coutume et de la tradition.

La *famille* est certainement de tous les milieux auxquels se heurte la jeunesse celui qui l'exaspère le plus. L'adolescent n'accepte plus l'autorité de ses parents. L'affection que ceux-ci lui témoignent en voulant le guider et le protéger lui semble indiscrete et insupportable. De leur côté, les parents, inquiets et mécontents, ne comprennent pas l'attitude de leur enfant devenu grand. Et l'intimité familiale est rompue. Les occasions de conflit familial sont infinies et vont des questions de toilette aux idées politiques et religieuses. La forme de la révolte évolue de la simple irritation à la commisération pour les idées « saugrenues » et « rétrogrades » des parents jusqu'au mépris et aux réactions franchement coléreuses.

Lorsqu'elle atteint un certain degré de violence, la révolte contre la famille peut provoquer des *fugues* parfois réalisées ou tentées. Mais ce qui est plus fréquent, c'est le simple désir de partir.

Je vous rappelle que ces fugues juvéniles ont été étudiées par les psychanalystes. Pour Freud, l'enfant se révolte et quitte la maison parce que à ses yeux le père est son rival en amour. Adler fait intervenir le sentiment d'infériorité et le désir de s'affirmer contre le père doué d'une force tyrannique. Ces explications sont peut-être vraies pour certains cas particuliers. Mais il est rare d'observer la transformation de l'amour pour les parents en haine véritable. L'adolescent, prenant conscience de sa valeur qu'il place très haut, se contente de juger, de critiquer ses parents dont il a découvert les défauts et les faiblesses.

L'*école* a, durant l'adolescence, une importance comparable à celle de la famille par les contraintes qu'elle impose. Il est inutile d'insister, car elles sont trop connues, les occasions de critique et les sources des conflits provenant des camarades, des professeurs, des surveillants, des règlements, des études, etc.

La *religion* est une autre autorité que la jeunesse cherche à secouer.

L'esprit critique s'exerce aux dépens des rites et des pratiques religieuses que les parents cherchent à imposer. Mais par un curieux contraste, si l'Eglise irrite les adolescents, le sentiment religieux grandit fréquemment, même chez des sujets qui, parvenus à l'âge adulte, se détourneront de toute préoccupation de ce

genre. En effet, un Dieu mystérieux et dépouillé de tout appareil rituel qui tend à le matérialiser est la plus haute expression de la soif d'idéal, du désir d'absolu qui tourmente l'adolescent rebelle, comme nous le verrons dans un instant.

La morale n'est pas épargnée dans ce jeu de massacre car le devoir est considéré comme une brimade contre le sentiment de personnalité.

Enfin, l'Etat est lui aussi vilipendé et l'on sait bien que, *quel que soit le régime établi*, la jeunesse fournit aux partis d'opposition ses troupes les plus sincères et les plus actives.

On peut ainsi distinguer les deux griefs principaux de l'adolescent :

1° on attente à son indépendance ;

2° on ne le comprend pas.

Le désir de l'indépendance et l'impossibilité d'agir et de vivre à sa guise, le sentiment d'être incompris dans sa valeur, ses aspirations et d'être traité encore en enfant jette l'adolescent dans des accès de rage et provoque une attitude fermée et secrète, dont nous aurons à reparler.

Cette révolte juvénile n'est que le premier aspect extérieur de la période d'affirmation du moi. Le second aspect, qu'il nous faut maintenant établir, se traduit aussi, extérieurement, par les excentricités.

B. EXCENTRICITÉS JUVÉNILES. — Le goût de se singulariser, de faire et d'être autrement que les autres, est très caractéristique de l'adolescence qui est l'âge du scandale et cette excentricité se montre dans le costume, dans les faits et gestes, dans le langage et l'écriture, dans le domaine des idées et des sentiments.

Costume : Je ne peux tenter une description des excentricités du costume. Elles vieillissent vite car tel élément qui scandalisait il y a 10 ans est devenu banal aujourd'hui. Vous pouvez imaginer, pour les jeunes gens : les formes extravagantes des pantalons, des gilets, les cravates, les ceintures, les pipes ; pour les jeunes filles, la couleur des corsages, les coiffures, la longueur des jupes, les maillots de bains, la forme des souliers, des sacs, les parapluies, etc., etc. Je vous citerai pour fixer les idées, le pourpoint de satin cerise et le pantalon gris perle à bande noire du jeune Théophile Gautier de 19 ans, au soir de la bataille d'Hernani, et l'accoutrement plus moderne de nos jeunes « zazous ».

Faits et gestes : Les faits et gestes de l'adolescent indiquent surtout la préoccupation « d'épater le bourgeois ».

Je vous signale le goût de la grimace qui correspond à un besoin physiologique de gesticulation s'exprimant en brusques décharges motrices désordonnées et qui plus tard peuvent devenir des *habitudes*, des *tics*, ou des *stéréotypies*.

D'autres gestes absurdes, imaginés, peuvent être difficilement réprimés. Ainsi le héros de Romain Rolland, Jean Christophe, « était pris du besoin de faire une grimace, de tirer le nez du Grand-Duc, d'envoyer son pied dans le derrière d'une dame. D'autres fois, il lui prenait envie de se déshabiller en public ». Jean Christophe a résisté à ces envies, d'autres ne résistent pas et commettent ainsi des actes impulsifs. *Ces impulsions*, nous les retrouverons.

Voici maintenant des attitudes plus complexes, « parler de la gorge pour avoir une attitude méprisante ; garder le front plissé et les sourcils froncés ; se presser le bout du nez d'un air songeur ; soulever un sourcil pour que la physionomie ait une allure dissymétrique ; conserver l'air grave au milieu de la joie générale ; mettre son point d'honneur à ne jamais rire aux éclats même quand on en a envie mais détendre en un bref sourire le pli amer qui plisse le visage », toutes ces poses qu'aiment les jeunes originaux, nous les retiendrons quand nous ferons allusion au *maniérisme*.

Politesse : Les singularités dans les manières et l'attitude insociale ne s'accordent guère avec la politesse. L'adolescent oppose aux règles du bon ton un mépris orgueilleux. Il étale son sans-gêne, son allure débraillée, ses propos cyniques.

Langage et écriture : L'excentricité dans le langage et l'écriture est aussi extrêmement fréquente.

« Faire des néologismes ou des archaïsmes dans le langage, préférer le rare et l'étrange, viser à la richesse des expressions plutôt qu'à la restriction, c'est toujours le signe d'un goût qui n'a pas encore atteint sa maturité ou qui est déjà corrompu. » A l'exception des derniers mots, ce jugement de Nietzsche s'applique très justement à nos jeunes sujets.

Le goût de l'antithèse est très vif. On adore Victor Hugo.

Ainsi une jeune personne de 18 ans divise les hommes en deux groupes : « Les animaux et les romantiques », Messieurs, choisissez ! C'est encore le goût des jeux de mots, des calembours, de formules elliptiques et ésotériques, du mot rare, au sens ambigu souvent d'ailleurs mal compris et employé mal à propos, de l'argot, des termes techniques ou grossiers.

La *prononciation* est aussi prétexte à excentricité : emploi

systématique d'accents provinciaux et étrangers, grassement, roulement des r..., etc.

L'écriture, surtout chez les jeunes filles, devient aussi originale, maniérée, si « extrêmement distinguée » qu'elle est illisible. La signature s'entoure de paraphes compliqués pour qu'ils soient bien personnels. Le papier à lettre, les enveloppes sont l'objet de recherches extravagantes de couleur et de format.

Idées et sentiments : Il s'agit en somme de ne parler ni d'écrire comme tout le monde, et par conséquent, de ne pas penser comme le vulgaire.

Dans le domaine de la littérature, de l'art, de la politique, les systèmes ne plaisent aux adolescents que dans la mesure où ces systèmes choquent les idées reçues et courantes. Les théories du « *Juste Milieu* » ne provoquent qu'impatience et mépris hautain. La médiocrité dorée d'Horace leur semble impossible à envisager et ils s'enthousiasment pour le mot d'André Gide, dans les *Nourritures terrestres*, « Une vie pathétique, Nathanaël, plutôt que la tranquillité ».

Il faut signaler aussi chez les jeunes originaux le goût des recherches subtiles : la métaphysique, les problèmes de la fin et du devenir de l'homme, les problèmes cosmiques de la connaissance et le désir des études plus mystérieuses : les sciences occultes, la magie, l'alchimie, la cabalistique, le spiritisme, la théosophie, voire même l'art du sourcier et du pendule.

Cette avidité pour l'inédit, le singulier, l'extraordinaire, est soutenue par le développement d'un raisonnement systématique. L'adolescent original concentre parfois toute son attention à ces problèmes qui le captivent et s'efforcent de les résoudre avec les ressources d'une dialectique déjà subtile et toujours passionnée. Prenant contact avec le monde des concepts, il ne recule devant aucun sophisme dans des discussions de principe, des exposés systématiques, des déductions qui vont jusqu'à l'absurde. Il soutient avec violence les paradoxes les plus osés. Il ne manque que la croyance, si l'on en croit Pierre Janet, pour que ces opinions ne soient délirantes. Nous reviendrons aussi sur ce point.

L'avenir doit aussi être original pour nos sujets qui se construisent une destinée sans tenir compte des nécessités de la réalité et de l'action. Ils rêvent d'un destin démesuré comme celui d'un grand homme qu'ils admirent, ou hors série parce qu'ils ne veulent décidément ressembler à personne.

L'excentricité se retrouve encore dans la *vie sentimentale* qui,

lorsqu'elle se dévoile, témoigne du même goût de l'exceptionnel. Il s'agit de sentiments violents, absolus, exquis, éternels, généreux, infâmes : ils ont toutes les formes sauf la forme habituelle.

2. — L'ÂGE DU MOI

A cette période de l'affirmation extérieure du moi par la révolte et l'excentricité, fait suite insensiblement, vers 16 ou 17 ans, ce que Debesse appelle « *l'âge du moi* » et qu'il nous faut maintenant étudier.

Le moi tel que l'entendent les adolescents est essentiellement constitué par leur monde intérieur. Ce moi intérieur devient le centre de leurs préoccupations, le sujet de leurs méditations. Et cette prise de possession du moi réfléchi permet à la pensée de passer du plan enfantin à un plan supérieur. Debesse distingue dans l'évolution chronologique du sentiment du moi quatre phases successives :

- A. la découverte du moi ;
- B. l'habitude du recueillement ;
- C. l'exaltation du moi ;
- D. la délivrance du moi.

A. LA DÉCOUVERTE DU MOI constitue un des moments les plus émouvants de l'existence. C'est le moment où l'être qui sent, pense, agit, devient capable de considérer son sentiment, son idée, son acte, en eux-mêmes et d'en faire un sujet d'observation.

Cette découverte du monde intérieur, jusque-là insoupçonné, débute insidieusement vers 13 ou 14 ans, mais c'est vers 16 ou 18 ans qu'elle est vraiment un élément essentiel de l'activité mentale.

L'ébranlement vient généralement du dehors et c'est souvent par la lecture que se fait la révélation de soi-même. Par analogie, ou contraste avec le héros du roman, le jeune lecteur découvre sa propre image. Et, dès lors, l'introspection est le moyen favori qu'utilise l'adolescent pour compléter sa découverte du moi. Il analyse sans cesse ses sentiments, ses idées, ses souvenirs, ses états de conscience fugitifs, vagues ou ténus. Il va de surprise en surprise : les choses les plus banales prennent pour lui un sens nouveau. Il a l'impression de résoudre avec facilité des énigmes autrefois hermétiques et il croit ainsi sa conscience très vaste alors qu'il n'a que peu d'expérience.

Cette découverte du moi, parfois enivrante, s'accompagne souvent d'une contemplation du moi qui peut aller jusqu'à une certaine forme de narcissisme, mais ce n'est pas le narcissisme des psychanalystes, c'est-à-dire l'auto-érolisme. En même temps, la nouveauté des pensées, des désirs, des besoins, fait sentir à l'adolescent comme une désagrégation de l'être et, non sans tristesse, il répète : « Je ne suis plus comme autrefois. » Nous retrouverons aussi cette dissociation.

Solitude. — La connaissance du moi développe le goût de la solitude car c'est dans la solitude que l'adolescent converse avec lui-même. Ou bien l'adolescent recherche toutes les occasions de vivre à l'écart et aime les promenades solitaires, ou bien, indifférent à la présence d'autrui qu'il veut ignorer, il s'abandonne à ses pensées, donnant à l'entourage qui s'étonne, le tableau de la distraction totale. Et cette distraction ressemble beaucoup aux barrages, au mutisme indifférent que nous retrouverons chez les schizophrènes.

Secret. — En même temps que le goût de la solitude se développe celui du secret qui traduit le refus de mettre sous les yeux du profane l'intimité du moi qui est senti comme la vraie valeur que l'on possède.

B. RECUEILLEMENT. — Avec le goût de la solitude et du secret et de même ordre, le recueillement est une des attitudes favorites de l'adolescent et voici comment le définissent les intéressés : « Se recueillir, c'est se détacher du monde extérieur pour s'absorber plus ou moins longtemps dans la vie intérieure. C'est vivre à l'abri des influences du milieu et dans le secret de son âme. »

Souvent le recueillement est favorisé, souligné par une attitude corporelle déterminée et longuement conservée; donnant une apparence catatonique au sujet. Parfois, cette immobilité est rompue par des actes bizarres et inattendus.

Suivant le contenu et le mode d'activité de la pensée on peut distinguer le recueillement actif et le recueillement passif.

a) *Dans le recueillement actif* la pensée est orientée en quelque sorte autour d'un sujet. Ce recueillement peut ressembler à la prière, à l'examen de conscience. Très souvent, il s'agit d'une remémoration qui fait revivre le passé avec son accompagnement affectif, agréable ou pénible. Parfois, mais plus rarement, l'esprit s'accroche à une difficulté, un problème et se concentre pour en trouver la solution,

b) *Le recueillement passif* est de beaucoup le plus fréquent. La pensée détendue, et même discontinue, socialisée au minimum, est mise en branle par des éléments affectifs où la coloration individuelle prend une importance considérable et s'organise en schèmes flottants qui s'appellent sans lien logique. Un adolescent note « qu'il se sent envahi par des idées, des pensées, des images qui s'associent, s'agitent, se superposent, se dédoublent, se contredisent ». Un autre goûte « une sensation d'infini. C'est une rêverie profonde où tout disparaît en dehors de soi-même. On a perdu le contact avec le monde et on se sent vivre ».

Ce recueillement avec ses phantasmes procure aux jeunes originaux une joie apaisée, presque physique, car elle leur donne l'impression d'enrichir leur personnalité et d'échapper aux meurtrissures de la vie.

Toutefois, si ce recueillement se prolonge et devient trop profond, il engendre de l'inquiétude : « Il semble que l'âme se détache un peu du corps. On a le sentiment de perdre pied dans une foule de sentiments complexes, énigmatiques, ou d'être dominé par des forces inconnues qui vous dirigent malgré vous. » Voyez ici le rapprochement à faire avec les idées dites d'influence et leur développement hallucinatoire. Aussi l'adolescent recueilli éprouve tout à coup le désir de se dégager de l'emprise, d'échapper au flou angoissant et de pouvoir voir clair en soi.

Le recueillement juvénile est bien proche de l'autisme pathologique. Pour ma part, je n'y vois qu'une différence de mécanisme. Pour Debesse, la contemplation subjective est pour l'adolescent un moyen de se connaître. Elle apporte le sens de la durée en élaborant les faits de mémoire. Elle favorise l'organisation des jugements et des concepts, en un mot de la pensée personnelle qui n'est pas sans analogie avec le langage intérieur. Ainsi le recueillement juvénile est un phénomène d'évolution des fonctions psychiques supérieures. L'autisme pathologique est le résultat d'une dissolution des fonctions, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Mais en attendant, retenons la ressemblance des résultats.

C. EXALTATION DU MOI. *Egotisme juvénile*. — Leur moi découvert, les jeunes originaux le posent et l'exposent avec insistance. On est en présence d'une véritable exaltation du moi, d'un culte du moi. C'est l'âge où l'on aime Barrès et l'égotisme de « Sous l'œil des barbares », Gide et « l'immoraliste » et surtout Nietzsche dont les idées sont si proches de nos sujets.

Cette exaltation du moi est faite de deux éléments :

1° d'abord, une certaine énergie qui cherche à se libérer soit par l'action, soit par l'ascétisme :

2° en second lieu, une grande avidité, une disposition pro-léenne de l'être pensant à tout sentir, à tout éprouver, à tout connaître avec une impatience fébrile. Mais l'adolescent, dans une illusion de puissance, surestime son moi et l'écart augmente entre ce moi possible et celui qui a des chances d'être réalisé. C'est encore une étape où nous assistons à l'organisation encore imparfaitement réglée d'un moi qui adhère mal au réel. Retenons aussi ce fait.

Idealisme juvénile. — La prise de conscience de soi présente aussi un caractère moral très important. C'est l'aspiration à un idéal démesuré, dirigé par le principe du « tout ou rien ». Parmi les éléments de cet idéalisme juvénile qui est un des points capitaux de la psychologie des adolescents, il faut citer :

le *besoin de sincérité exaspérée* par tous les mensonges et surtout les mensonges dits de « politesse » ;

l'*amour de la vérité* lié à la naissance de l'esprit critique et à la découverte des idées ; c'est avec une fureur toute dionysiaque que les adolescents aspirent à connaître l'inconnu et même l'inconnaissable ;

le *désir de la pureté morale*, car la pureté est considérée comme un trésor et un titre de noblesse ;

l'*aspiration à l'unité sentimentale* : l'adolescent ne conçoit que passion portée très haut, attachement éternel, fidélité absolue.

Et ces deux éléments : pureté et unité sentimentale sont une contrainte de plus tandis que s'éveillent les besoins sexuels d'où peuvent résulter ce que nous appelons l'*apragmatisme sexuel* et les troubles bien décrits par les psychanalystes.

Cette soif de perfection, d'absolu, développe un goût très vif du scrupule, de la délicatesse, de l'honneur, et provoque des tourments pour des actes insignifiants qui paraissent de grandes fautes. Et si les instincts ont fini par l'emporter, on éprouve l'angoisse de l'ange déchû, qui peut être à l'origine de réactions mélancoliques d'indignité que nous aurons à signaler.

Tous ces contrastes sont dus à l'ignorance du monde, à l'absence d'expérience. L'adolescent bâtit un idéal démesuré sans se rendre compte des efforts prodigieux qu'il faudrait pour le réaliser.

L'âge du génie. — François Mauriac voit dans l'idéalisme juvénile l'*âge de la sainteté*, mais on peut dire aussi que l'adolescence est l'*âge où l'on se croit du génie*.

L'adolescent se sent génial car la découverte de son moi et sa naissance à la vie de l'esprit, sans le contrôle de l'expérience, le persuadent de sa richesse psychique. Il se juge supérieur aux autres, plus intelligent, plus sensible que le reste des hommes. Et ce génie intime qu'il s'attribue, il le sait ignoré et inconnu. Son orgueil s'en exalte car si ce génie était connu il perdrait de sa qualité individuelle. Et c'est cette attitude qu'a admirablement décrite Paul Valéry dans la Soirée où M. Teste oppose « les jeux informes de la gloire à la joie de se sentir unique ». Cette croyance au génie est légitime si M. Teste décrit ses impressions de jeunesse, si Rimbaud écrit « Le Bateau Ivre ». Elle devient un délire de grandeur et de puissance si elle persiste à la fin de la crise sans l'appui d'une réalisation. Car, suivant Pierre Janet, le délire est une croyance que n'accepte pas la Société.

D. DÉLIVRANCE DU MOI. — Tous ces phénomènes qui marquent le moment où l'adolescent découvre le monde intérieur provoquent ce que Debesse nomme « *La Gêne du moi* », gêne qui devient un véritable tourment dans les moments d'exaltation. Aussi les jeunes originaux cherchent à se délivrer du secret, à s'affranchir de la solitude, en un mot à s'exprimer pour la première fois.

Les moyens de libération sont variés. Le plus employé, c'est le *journal intime* où l'on confie ses secrets et sa confession et qui peut devenir œuvre littéraire comme le journal de Marie Bashkirtseff. Aussi la catharsis du moi juvénile éclate dans beaucoup d'œuvres littéraires de jeunesse : *le Werther*, de Goethe, *le Child-Harold*, de Byron, *les Cahiers d'André Walter*, de Gide, etc.

L'amitié juvénile est aussi une délivrance. Cette amitié passionnée, exclusive pour un ami unique, unique confident, n'est en réalité qu'une solitude à deux, comme vous en trouverez un exemple dans le « Silberman » de Jacques de Laérételle.

La *conversion religieuse* ou le développement du mysticisme sont aussi fréquents à cette période, ainsi que je vous l'ai déjà dit.

Enfin, le *suicide* est un moyen héroïque, mais heureusement peu fréquent, de délivrance du moi. Il faut toutefois remarquer que si les attentats réussis sont rares, les intentions de suicide sans tentative et surtout le simple désir de la mort dans les moments de désespoir sont bien plus nombreux.



STRUCTURE DE LA CRISE

Après cette description de la crise d'originalité Debesse tente d'en étudier la structure, c'est-à-dire les éléments constitutifs et la façon dont ils jouent en se subordonnant les uns aux autres.

Au fond de la crise d'originalité, il y a une discordance entre l'être et sa fonction. Cette discordance naît de deux phénomènes que Debesse appelle « l'attention au corps » et « l'attention au milieu ». Ces deux phénomènes déterminent un travail mental intense. C'est l'éveil de la pensée personnelle, la réflexion qui est l'élément vraiment structural de la crise.

A. ATTENTION AU CORPS. — Ce sont les phénomènes d'ordre sexuel et les changements physiologiques de la puberté qui provoquent l'attention au corps. Chez les jeunes filles non prévenues, l'apparition des règles peut s'accompagner d'étonnement, d'émotions ou de refoulement profond. Chez les jeunes gens, les phénomènes d'érection sont parfois à l'origine de préoccupations variées et les pollutions prises pour le signe d'une maladie mystérieuse. Puis la naissance des poils, le développement des organes génitaux externes, le développement des seins, la mue de la voix, l'apparition de la moustache et de la barbe, l'accroissement rapide ou retardé de la taille, tous ces phénomènes commandés par le jeu des sécrétions internes si intense à cet âge (thyroïde, hypophyse, surrénales, etc.) sont passionnément observés et sont l'origine d'inquiétude ou de satisfaction.

De même, les infirmités, bégaiement, strabisme, daltonisme, hernies, chétivité, laideur, provoquent un sentiment d'infériorité, d'irritation, de repliement.

Les troubles légers de l'organisme : migraines, fatigues, troubles gastriques, constipation, etc., sont l'occasion de méditations hypocondriaques.

Cette hantise du corps accentue les singularités du sujet qui se croit, en bien, un être exceptionnel, ou en mal, un monstre voué au suicide.

Ainsi du fait pubéral que des organes nouveaux se développent avant que la fonction pour laquelle ils sont faits puisse s'établir résulte une discordance organique. C'est un élément important de la crise d'originalité.

B. ATTENTION AU MILIEU. — Au même titre que l'organisme le milieu extérieur agit comme cause de trouble par les expériences infructueuses ou décevantes qu'il fait naître. L'atten-

tion au milieu provoque ainsi une désadaptation ou plutôt une inadaptation sociale. Cette inadaptation est faite en partie par l'instabilité des perceptions de l'adolescent qui ne voit plus le monde sous le même aspect et les mêmes dimensions qu'il le voyait étant enfant. Mais elle repose surtout sur la conscience inquiète qu'il prend de son ignorance en voulant participer à la vie des adultes. Les propos des grandes personnes lui paraissent par moment incompréhensibles. Dans ses études et ses lectures : idées, sentiments, systèmes philosophiques, hypothèses scientifiques échappent en partie à sa compréhension et il en éprouve de l'amertume. De même, l'adolescent juge sévèrement les actes des grandes personnes qui sont régis par une morale sociale reposant sur l'expérience et l'utilité. Ces deux notions sont tout à fait étrangères à la jeunesse qui n'a aucune envie d'imiter ces conduites.

Il n'est donc pas surprenant que l'adolescent en arrive à considérer le monde extérieur comme une énigme peu déchiffrable, à penser qu'entre le milieu et lui la communication est rompue.

Cette impression de discordance entre l'être et le milieu suscite l'irritation ou la révolte, engendre des erreurs d'appréciation et de jugement, peut devenir angoissante et aboutir à une attitude de repli et à la timidité.

C. ATTENTION A LA PENSÉE : *Eveil de la pensée personnelle.* — L'attention au corps et l'attention au milieu par le travail mental qu'elles font naître, incitent l'adolescent à se juger différent des autres, original. Mais à cause aussi de cette attention du sujet sur lui-même, l'être prend l'habitude de se dédoubler, d'observer le corps au lieu de s'en servir, d'observer le milieu au lieu de s'y mouvoir. Ainsi naît l'attention à la pensée, autrement dit la réflexion, qui permet à l'adolescent de découvrir le monde spirituel et la vie intérieure. Cette réflexion se développe surtout dans le recueillement où la pensée s'individualise à l'extrême, soit dans le flou de la rêverie, soit dans la dialectique serrée autour d'un problème précis. Dans ces deux cas, il s'agit d'une activité intellectuelle qui se différencie de celle de l'enfant par l'introversion, mais qui n'est pas encore celle de l'adulte car il lui manque l'objectivité. L'adolescent ne sent pas de la même façon que l'adulte. A cet âge, le sentiment envahit l'âme entière, colore la plupart des éléments de la vie intérieure et intervient dans les jugements et les raisonnements.

Parmi les *sentiments* qui se développent à ce moment et qui

contribuent à individualiser la pensée du sujet en faisant travailler la réflexion, trois jouent un rôle important dans la crise : le sentiment d'infériorité, le sentiment de la nature, le sentiment de la mort.

Le *sentiment d'infériorité*, bien étudié par Adler, a chez l'adolescent un relief particulier par suite de la conscience qu'il prend de son ignorance en face de l'adulte, de sa maladresse souvent incongrue à l'égard des habitudes sociales et par suite des déficiences qu'il attribue à sa personne physique ou à ses organes. Ce sentiment d'infériorité renforcé par la réflexion est un des éléments des réactions agressives que nous avons étudiées et du repliement. Mais Debesse fait remarquer que le sentiment d'infériorité par rapport à l'adulte n'est pas tout et est souvent compensé par un sentiment de supériorité, de valorisation sociale, dirait Janel, par rapport à l'enfant.

Le *sentiment de la nature* contribue aussi à la prise de conscience de soi en mettant l'être en contact avec le milieu. Spranger et l'école de la psychologie compréhensive ont décrit le trouble qui s'empare de l'être lorsqu'il trouve dans le paysage autre chose qu'une collection d'objets et que naît en lui une émotion d'ordre esthétique. Aussi, l'individualisation du paysage renforce l'individualisation de la pensée. Mais ce sentiment de la nature correspond également et dans une autre manière aux besoins de l'affectivité juvénile. Dans l'amour de la nature il y a l'amour tout court et la lecture des Romantiques, qui ont si magnifiquement allié l'amour et le paysage, ne peut qu'exalter encore le sentiment de personnalité.

Le *sentiment de la mort* tient une grande place dans la vie mentale des jeunes gens et la crise d'originalité. Mais il faut distinguer dans ce sentiment, d'une part l'émotion provoquée par la vue d'un cadavre inconnu ou aimé et par tout l'appareil funèbre qui accompagne le mort, d'autre part l'idée que le sujet se fait de la mort.

Plus que l'émotion, c'est cette idée qui fait prendre à l'adolescent une vue exacte de la réalité, des contraintes inflexibles qui pèsent sur sa vie. Cette idée est génératrice de peur, d'inquiétude, d'appréhension du moment fatal, mais aussi, par contre-coup, elle renforce le prix qu'on attache à son être et développe encore le sentiment du moi.

Tout cela aide au développement de la réflexion et favorise l'éveil de la pensée personnelle juvénile. C'est une pensée moins riche que l'affectivité, une pensée qui s'attarde peu dans le passé

et travaille avec désinvolture sur les faits de mémoire encore peu nombreux mais qui par contre s'intéresse au futur même lointain et anticipe par la rêverie sur la réalisation de l'avenir souhaité. C'est une pensée qui souffre du décalage qu'il y a entre le vocabulaire fraîchement acquis et mal intégré et celui qui est suffisamment assimilé pour être utilisable. Il s'ensuit : intempérance de langage, phrases toutes faites, jonglerie de mots, psittacisme, néologismes, etc. N'oublions pas tout cela. Enfin, la faiblesse de l'expérience juvénile est frappante dans l'inadaptation au milieu qui rend toute réalisation importante difficile à mener à bien.

Ainsi la crise d'originalité juvénile apparaît comme une nécessité du psychisme et une phase évolutive du développement mental. Elle remplit l'intervalle qui sépare le moment où la structure enfantine s'achève et celui où s'installe définitivement la maturité. Elle traduit l'inquiétude causée par le décalage qui existe entre le développement des grandes fonctions biologiques et celui des fonctions psychologiques supérieures et de leur régulation. C'est l'attente de l'amour, de l'action, mais plus encore l'attente de la personnalité. Avant d'acquérir cette personnalité, l'adolescent utilise une construction provisoire, imparfaitement unifiée et dont les éléments d'activité, mal accordés, paraissent un peu fonctionner chacun pour son propre compte. Et ces deux discordances, organique et psychique, ne sont pas corrigées par l'expérience. En effet, un manque de contact avec le réel engendre une troisième discordance : la discordance sociale.

Ainsi ce qu'on pourrait appeler le style de l'adolescence est un style discordant et pour employer l'expression de Janet, le personnage adolescent présente une structure discordante. Vous verrez tout à l'heure combien ces importantes constatations vont nous servir.

FRÉQUENCE ET DURÉE DE LA CRISE

Telle est dans ses grandes lignes la description de la crise d'originalité juvénile et telle qu'elle résulte de l'étude de Debesse portant sur 269 jeunes gens des deux sexes.

Sur les 269 sujets, 170, c'est-à-dire les 2/3, ont présenté la crise avec une plus ou moins grande intensité. Et au point de vue de ce degré d'intensité on peut classer les sujets en trois groupes, ceux qui présentent un vif désir d'originalité, ceux qui croient à leur originalité, ceux qui ont la certitude de leur

originalité et qui présentent la crise complète dans tous ses éléments. Je n'insiste pas sur des statistiques d'intérêt secondaire.

II. — Dénouement de la crise et ses rapports avec la pathologie mentale

Puisqu'il s'agit d'une crise qui est née et à évolué, il nous faut maintenant étudier son dénouement et nous allons aborder la seconde partie de cet exposé qui va nous conduire à des notions plus spécialement psychiatriques.

A. GUÉRISON. — Le dénouement normal de la crise est l'apaisement. Ayant débuté vers 14 ou 15 ans, elle se termine vers 19 ou 20 ans pour les jeunes gens qui cessent d'étudier ou sont pris par le service militaire ou commencent à gagner leur vie. Chez ceux qui continuent de longues études, qui se complaisent aux charmes de la jeunesse et que la nécessité ne presse pas d'assurer leur existence, la crise d'exaltation peut se prolonger quelques années. Mais, normalement, vers 25 ans tout est apaisé. Voici comment s'opère ce dénouement.

La vivacité extrême de la conscience juvénile qui était une nécessité de la vie mentale car elle était destinée à remplacer temporairement des mécanismes mentaux (réflexes conditionnels, habitudes, etc.), encore réduits au minimum, s'atténue.

Le champ de la conscience se rétrécit. A la curiosité prodigieuse succède une certaine lassitude et l'adolescent tend à limiter son activité à ce qui peut être atteint.

Enfin à une subjectivité exaspérée fait suite la pensée objective tournée vers l'action.

L'adolescent s'adapte au social et l'adaptation est réalisée lorsque, d'une part, cessent les troubles organiques qui accompagnent l'établissement des fonctions sexuelles et que, d'autre part, la vie sociale a accaparé le sujet et le fait agir pour son propre compte. Cette insertion dans la société se fait par le service militaire, par la profession ou le métier qui oriente, groupe et spécialise les éléments de la vie mentale. Enfin, l'adaptation la plus sûre et la plus complète est réalisée par le mariage qui permet la régulation normale des fonctions sexuelles et des fonctions sociales. De nouveaux besoins, les nécessités inéluctables de la vie, des responsabilités refoulent à l'arrière-plan les préoccupations juvéniles.

Cependant, la crise d'originalité laisse quelques traces et

commande, chez celui qui l'a subie, une certaine attitude dans la vie. Même chez les mieux adaptés à la vie sociale, chez ceux qui mènent une vie raisonnable dans une profession, persistent un goût très vif de la sincérité et de l'indépendance, l'amour de la vie intérieure, le goût de la spéculation contemplative, un sentiment de supériorité sur les tristes humanités qui ne savent que s'agiter vainement. Ceux que l'originalité a tourmentés sont plutôt des intellectuels, que des volontaires dominés par le besoin d'agir et de « réussir » à tout prix.

B. CRISE PROLONGÉE. — Il est un certain nombre de cas où le sujet refuse de s'adapter au milieu et fait figure d'adolescent prolongé ou éternel. C'est le cas de beaucoup d'artistes et d'écrivains. Ainsi Péladan et Barbey d'Aurevilly, l'un vêtu en page de la Renaissance, l'autre portant manchettes et jabots de dentelles, ont manifesté leur excentricité et leur non-conformisme. Je ne puis suivre Debesse dans son analyse des Romantiques dont le génie se rapproche du génie juvénile et qui ont eu le mérite de tirer des chefs-d'œuvre de leur crise d'originalité et ont continué à la chanter quand ils avaient depuis longtemps dépassé ce stade de formation de la pensée, faisant ainsi figure d'adolescent prolongé.

C. ADOLESCENTS ÉTERNELS ET PATHOLOGIE MENTALE. — D'autres ont été complètement incapables de s'adapter et furent des adolescents éternels, tels Lenau, Novalis, Amiel. Mais vous comprendrez que je ne puisse aborder cette question qui nous entraînerait au vaste problème du génie et de la folie qui mériterait d'être repris sur de nouvelles bases.

Ces inadaptés ont eu cependant le mérite de laisser une œuvre. Mais il existe aussi des adolescents éternels, définitivement inadaptés, qui n'ont pu rien réaliser, ce sont les ratés et puis nous sommes maintenant dans le chapitre de la pathologie mentale. Les rapports de la crise d'originalité juvénile avec la pathologie mentale ont manifestement préoccupé Debesse. Pour essayer de résoudre cette question, il a tenté d'aborder la psychiatrie.

Debesse s'est demandé si la crise observée ne serait pas la manifestation d'un état mental pathologique, ou si tout au moins elle ne décèlerait pas un tempérament nerveux suivant l'expression d'Adler. Examinons ces deux possibilités.

Debesse admet tout d'abord que les symptômes de la démence précoce ou de la schizophrénie offrent des ressemblances avec

la crise mais, après avoir étudié ces ressemblances qu'il trouve superficielles, il conclut que déminence précoce et schizophrénie ne sont qu'une caricature de la crise.

D'autre part, Debesse a parfaitement remarqué qu'il existe deux types d'adolescents : en premier lieu ceux qui ne présentent pas ou présentent très peu de crise d'originalité et dont la pensée se règle sans heurt et qui s'adaptent à l'ordre adulte sans difficultés. En second lieu, les adolescents qui présentent la crise. Debesse rappelle fort justement les travaux de la caractérologie et de la typologie des auteurs qui, tels Adler, Kunkel, Jung, Kretschmer, Boven, Klages, se sont efforcés de classer les jeunes gens suivant leur attitude à l'égard du monde.

Et ainsi se correspondent les schizoïdes et les syntones de Kretschmer, les égocentriques et les objectifs de Kunkel, les intravertis et les extravertis de Jung.

Dans les cas qui nous occupent : la syntonie, l'extraversion, l'objectivité caractérisent l'adolescent qui échappe à la crise. Au contraire, l'adolescent qui subit la crise se présente comme un égocentrique, un intraverti, un schizoïde.

Mais après avoir cité les conclusions, Debesse pense qu'il ne s'agit pour nos jeunes originaux que d'une pseudo-schizoïdie.

Debesse est en effet hanté par la constatation qu'aucun des jeunes gens observés par lui et qu'il a pu suivre n'a eu affaire avec l'hôpital psychiatrique. Et, d'autre part, au cours de tout son ouvrage, il s'est efforcé, non sans succès, de démontrer que la crise d'originalité lorsqu'elle survient est une période normale du développement mental qui succède à la structure psychique de l'enfance avant de s'effacer devant celle de l'âge mûr. Et c'est cette double constatation qui paralyse Debesse dans son incursion psychiatrique.

Je vais essayer de sortir de l'impasse quitte à me montrer audacieux et peut-être téméraire.

D. CRISE D'ORIGINALITÉ ET SCHIZOÏDIE. — Qu'avons-nous rencontré au cours de la longue analyse de la crise d'originalité ? Attitude d'opposition, révolte et négativisme, réactions excentriques et paradoxales, maniérisme dans tous les domaines ; conflit familial avec indifférence ou mépris pour les parents ; lies, stéréotypies ; troubles du langage, néologismes, assonances, formules elliptiques et peu cohérentes ; tendances mystiques et goût des sciences occultes ; idées de supériorité ou d'infériorité ; raisonnement systématique jusqu'à l'absurde ; recueillement avec forme autistique de la pensée ; goût de la solitude, du secret

avec phases de mutisme ; dédain et incapacité de l'action utilitaire ; scrupulès, tendances mélancoliques et hypocondriaques ; apragmatisme sexuel et ses conséquences ; acte impulsifs, fugues, tentatives et idées de suicide.

Ce raccouci n'est-il pas frappant ? Il est impossible de ne pas penser que nos jeunes originaux ressemblent comme des frères à ces sujets doués de la constitution dite schizoïde dont l'étude amorcée par Bleuler a été complétée par Kretschmer, Minkowski, Claude et ses élèves.

Mais puisque Debesse nous a montré, et je partage ses vues, que cette crise d'originalité est une phase du développement mental, il faut donc conclure comme je l'ai déjà dit que la structure psychique, le style de l'adolescence est une structure, un style schizoïde.

D'autre part dans la grande majorité des cas cette construction provisoire fait place à une nouvelle structure : celle de l'adulte normal. Debesse nous a montré comment s'effectue cette transformation. Permettez-moi d'y revenir car toute ma démonstration est là. L'unité de la personnalité s'affirme et se consolide, le subjectif cède à l'objectif, la lutte de l'individuel pour le social se termine par l'adaptation de l'adulte aux nécessités de la vie : l'action efficace, le travail, la profession, le mariage. Retenons toutefois que les adultes parfaitement adaptés à la vie sociale, mais qui ont subi la crise d'originalité, conservent leur vie durant une certaine attitude : le culte de la vie intérieure et de la spéculation, le dédain, non pour l'action véritable, mais pour la vaine agitation de la rue ou de la place publique. Ils gardent quelques grains de schizoïdie. Et, à propos de ces rêveurs actifs, je voudrais que vous relisiez le très beau livre d'un de nos collègues des hôpitaux psychiatriques, mort trop jeune. Ce livre, c'est « Le rêve et l'action » de Gabriel Dromard.

Dans certains cas, l'adaptation se fait mal ou tardivement, mais j'abandonne avec regret les poètes et les romantiques qui ont su faire de leur génie juvénile des œuvres d'art.

Et j'en arrive aux adolescents dont la crise ne s'apaise pas. Ils continuent à présenter le tableau clinique, si typique, que je viens de vous résumer. Ce sont les schizoïdes de Kretschmer et de Minkowski qui, un jour ou l'autre, finissent par se montrer à nous, soit dans nos consultations, soit dans nos services.

Après tout ce que j'ai dit, je puis ne pas insister pour que vous voyiez nettement que ces jeunes gens sont schizoïdes parce qu'ils n'ont pas pu surmonter les discordances et qu'ils ont mal

réussi l'unité de leur moi. Ils n'ont pas acquis les dernières fonctions supérieures et ils n'ont pas pu établir un parfait contact avec la réalité. Cette importance de la socialisation a été déjà mise en valeur par de nombreux auteurs et notamment Charles Blondel, Pierre Janet, en particulier dans son livre sur « L'Évolution psychologique de la Personnalité ». (Relisez sur ce point sa leçon sur les « illusions de l'autisme »). Enfin, et surtout, Minkowski qui a bien montré que la caractéristique du schizoïde et du schizophrène est la perte du contact vital avec la réalité. Il reste à savoir pourquoi le schizoïde ne surmonte pas la crise d'originalité, ne s'adapte pas, n'acquiert pas les fonctions du réel, comme les nomme Janet.

Certes, je n'ai pas la prétention de répondre à cette question d'une façon péremptoire et définitive. Mais, peut-être, peut-on chercher dans le néo-jacksonisme moderne une tentative d'explication.

Je ne ferai pas ici l'exposé des *idées de Jackson*, ce génial neurologue si longtemps méconnu bien que Ribot l'ait longuement cité et utilisé dans ses livres sur les « Maladies de la Volonté » et les « Maladies de la Mémoire ». Plus près de nous, Monakow et Mourgues ont fait une place importante à Jackson dans leur ouvrage « Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psycho-pathologie. » Enfin, les théories de Jackson ont été brillamment vulgarisées en France dans les trois remarquables articles de Henri Ey et Rouart, parus dans *l'Encéphale* en 1936. Henri Ey s'est constitué comme le missionnaire de Jackson et a tenté une application fort intéressante des idées jacksoniennes aux problèmes psychiatriques. Henri Ey a fait école et il a suscité quelques travaux importants et nouveaux parmi lesquels je vous citerai la thèse de Durand sur « L'Écho de la Pensée » et le volume si remarquable du professeur agrégé Jean Delay sur les « Dissolutions de la Mémoire ».

Les idées de Jackson et de son disciple Henri Ey vous sont donc certainement connues et je m'excuse de vous en rappeler seulement quelques points. Le sens général de l'œuvre de Jackson est de détacher le symptôme de l'étroite et directe dépendance de la lésion. Il faut partir de l'étude de l'évolution des fonctions qui se fait suivant une hiérarchie allant du plus simple et du plus stable au plus complexe et au plus fragile, puis étudier sur le mode inverse leur dissolution. On doit faire une distinction capitale entre les signes négatifs, sous la dépendance directe de la lésion, et les signes positifs qui sont donnés par le fonctionnement de ce qui reste des fonctions non détruites.

Aussi ces signes positifs sont pleins des instances sous-jacentes de la personnalité restante (Ey et Rouart).

Voyons d'abord ce que nous pouvons tirer, au point de vue qui nous occupe, de l'*Evolution des fonctions*.

L'évolution de l'activité psychique est en continuité avec l'organisation des fonctions sensori-motrices. Cette activité psychique va ainsi du réflexe à l'acte volontaire en passant par une série de niveaux. Chaque niveau représente une étape caractérisée par l'apparition de certaines capacités et par un certain mode de réaction psychique propre à ce niveau. Les fonctions mentales élémentaires, proprement capacitaires, se développent progressivement et, au-dessus, l'activité psychique constitue une fonction d'ensemble qui les régit, les adapte, les utilise. Et c'est cette fonction d'ensemble qui constitue ce que Janet appelle les fonctions du réel.

En se plaçant sur le terrain embryologique et anatomique, Monakow et Mourgues ont montré l'évolution des fonctions psychiques dans le sens d'une intégration progressive et réciproque de la sphère des instincts avec ce qu'ils appellent la sphère de la causalité.

Monakow et Mourgues placent à la base de l'activité psychique une force active soumise à la loi du temps et qui est transmise par l'union du spermatozoïde et de l'ovule. Cette force active ils la nomment la *Hormé* (de *ορμω* = je mets en mouvement), et cette *Hormé* n'est pas sans analogie avec ce que le grand embryologiste belge Albert Daleq appelle « le dynamisme organisateur de l'œuf ». Quoi qu'il en soit, la *Hormé* ou le dynamisme organisateur va présider au développement du cerveau, puis des instincts et, en dernière analyse, dérivant de l'instinct de conservation, se forme l'instinct social dont les formes élaborées par la causalité qui s'y intègre vont constituer les fonctions de la réalité sociale.

Nos jeunes schizoïdes peuvent donc être considérés comme des sujets dont l'instinct social a subi un arrêt de développement. C'est cet arrêt de développement qui constitue le symptôme négatif. Les symptômes positifs correspondent à toute l'efflorescence que nous avons si longuement étudiée dans la crise d'originalité.

Peut-on aller plus loin et passer au *point de vue étiologique*? Herbert Spence pensait que les éléments nobles du cerveau naissent avec un dynamisme spécial pour chaque individu, une certaine somme d'énergie héréditaire à dépenser. Et, envisageant la

question sous un autre aspect, Jung, dans ses « Essais de Psychanalyse », insiste sur ce fait que la vie spirituelle est faite de degrés que tous ne parviennent pas à gravir. Elle peut s'arrêter pour certains dès les premiers échelons et il semble que chaque individu possède un poids spécifique qui fixe sa place sur cette échelle.

Dans les cas nombreux où l'anatomie pathologique ne nous donne aucune indication, et même en nous plaçant au point de vue jacksonien, il faut donc bien que nous nous raccrochions aux vieilles notions étiologiques, peut-être vagues, de prédisposition, de troubles héréditaires que les généalogistes s'efforcent de préciser. Et c'est sur ce point particulier que les partisans de la doctrine classique et étroite des constitutions psychopathiques en général et de la constitution schizoïde en particulier ont sans doute raison.

A côté de ce défaut de développement héréditaire, il faut aussi faire la place aux troubles congénitaux avérés et surtout aux maladies de l'enfance qui sont capables de provoquer des perturbations dans le développement qui, jusque-là, se faisait normalement mais n'était pas encore accompli. Il s'agit dans ce cas de ce que l'on a appelé les constitutions acquises. Je vous renvoie sur ce sujet à l'article de P. Mâle sur la « Genèse des troubles du caractère chez l'enfant ».

C'est donc à un *défaut de développement des fonctions*, héréditaire, congénital ou précocement acquis, que nous devons l'évolution incomplète, marquée surtout par l'absence de socialisation, du jeune schizoïde. Il reste ainsi au stade, à la structure adolescente qu'il ne peut franchir. Et nous observons ainsi le schizoïde avec les degrés possibles et purement individuels : légère, moyenne, grande schizoïdie.

F. CRISE D'ORIGINALITÉ ET SCHIZOPHRÉNIE. — Il reste à examiner ce que peut nous apprendre *la notion de dissolution des fonctions* et nous allons passer de la schizoïdie à la schizophrénie confirmée.

Les partisans déterminés de la doctrine des constitutions affirment que pour devenir schizophrène il faut d'abord être plus ou moins schizoïde et ils ne manquent pas d'arguments cliniques pour soutenir leur thèse en étudiant les antécédents héréditaires et personnels d'un grand nombre de schizophrènes. Il n'en reste pas moins que les adversaires des constitutionnalistes prouvent par des observations frappantes qu'un certain nombre de schizophrènes ont été des enfants ou des adolescents normaux sans

tares héréditaires connues et qui n'ont même pas présenté de crise d'originalité manifeste et bruyante. Et Debesse, ne l'oublions pas, montre qu'un certain nombre d'adolescents échappent à la crise et arrivent à la socialisation sans à-coups sensibles.

Il faut d'abord remarquer que cette socialisation provoquée par la profession, les relations sociales, voire le mariage, est peut-être le plus voyant de la personnalité de l'adulte, mais cet élément, couronnement de l'édifice, est le plus superficiel. C'est une formation tardive qui n'a qu'une apparente solidité. Vienne un processus quelconque, c'est cet élément de socialisation qui va disparaître le premier.

Au-dessous de la couche sociale terminale, ce qui est apparu en dernier c'est, nous l'avons vu, l'unité du moi. Cette unité encore instable ou péniblement acquise va aussi disparaître. C'est un pas de plus vers la régression.

Cette dissolution des fonctions supérieures du social et de la synthèse de la personnalité est l'aspect négatif de la schizophrénie. L'aspect positif va être l'évolution d'un état qui ressemblera beaucoup à la crise d'originalité. En somme, chez le schizoïde, la personnalité était à la recherche de son unité et de son adaptation sociale ; le schizophrène, après avoir plus ou moins acquis ces fonctions, les a perdues.

Toutefois, chez le schizophrène, l'involution de la personnalité du fait du processus qui la crée ne peut être assimilée d'une façon absolue à la phase d'évolution correspondante. Monakow et Mourgues ont comparé le développement et la désintégration des fonctions à la construction ou à la démolition d'un édifice par rangs successifs de moellons ou de briques ; Delmas-Marsallet a repris cette comparaison en l'accentuant. A mon tour je pourrais dire ceci : On construit une maison et tous les jours les maçons posent un certain nombre de rangs de briques, jusqu'à la fin. Puis vient le toit. Dans une catastrophe, le toit est soufflé et la partie supérieure des murs est démolie, c'est-à-dire que des rangs de briques se sont effondrés, mais évidemment d'une façon assez irrégulière et on ne peut concevoir que ce qui reste du mur correspond exactement à ce qui avait été construit un jour donné, du dernier travail des maçons. Par endroits, il peut y avoir une certaine correspondance ; à d'autres des briques en plus ou en moins sont tombées ou sont restées en place. Le haut du mur est irrégulièrement crénelé. Mais pour que cette grossière comparaison mécanique puisse être acceptable, il faut supposer que la maison est un être vivant et pensant qui réagit et cherche à uti-

liser tout ce qui lui reste pour subsister et résister au malheur. Ainsi, un processus qui va frapper le jeune homme et décapitera ses fonctions mentales supérieures, les dernières acquises, va laisser subsister un ensemble psychique qui présentera des analogies frappantes avec la crise d'originalité sans toutefois lui ressembler complètement. En effet, les phénomènes négatifs dus au processus traduisent une régression capacitaire plus accentuée, plus stable, moins régulièrement ordonnée que les troubles qui ont marqué l'évolution.

Ceci dit, voyons ce que nous pouvons retrouver, *dans la schizophrénie installée, des instances juvéniles de la crise d'originalité.*

Après ce qui précède, il n'est pas besoin d'insister sur l'inadaptation sociale et familiale, sur l'inadaptation au réel = symptômes majeurs de la schizophrénie, que Minkowski, je le répète, a si bien mis en valeur.

Le défaut de synthèse de la personnalité faite d'éléments mal accordés, qui semblent évoluer chacun pour leur propre compte, constituera, en s'accroissant, la dissociation schizophrénique. Les discordances de l'originalité seront amplifiées dans les réactions paradoxales, imprévues, impulsives, inadéquates ; l'opposition ; le négativisme ; le maniérisme.

Le recueillement passif donnera l'autisme ; l'isolement dans le flou des tourbillons affectifs ou dans des schèmes systématisés jusqu'à l'absurde où le malade perd pied avec les barrages de la distraction totale, les attitudes catatoniques et qui finit par aboutir aux idées d'influence et aux phénomènes de prise de la pensée.

A la pensée purement subjective et socialisée au minimum, au langage discordant des jeunes originaux, correspondent les formes hallucinatoires et peu à peu, comme l'avait si bien noté Séglas, les phénomènes se dégradent et passent du monologue au psittacisme, au néologisme, pour aboutir au dernier stade de la série : la salade de mots.

Les complexes d'infériorité ou de valorisation passant alternativement au premier plan seront à l'origine de ces idées mélancoliques, de révolte et de persécution, de puissance et de grandeur qui émergent, se transforment, disparaissant sans se fixer.

Les complexes sexuels et libidinaux seront aussi à leur place importante et les psychanalystes y trouveront leur pâture.

L'attention au corps, prévalente un moment, sera à l'origine des idées hypochondriaques, des troubles cénesthésiques et de transformation corporelle.

Les tendances religieuses, le goût des recherches ésotériques.

se donnant libre cours, s'épanouiront jusqu'à la croyance désordonnée et aux délires mystique, pseudo-scientifique, métaphysique, fantasque, qui seront marqués au coin de la dissocialion.

Tous les symptômes de la schizophrénie confirmée sont donc en germe dans la crise d'originalité juvénile et en découlent facilement par le jeu d'une dissolution des fonctions supérieures qui provoque une régression de la personnalité à ce stade adolescent.

Et si nous quittons le plan psychologique et clinique pour aborder le plan *étiologique et anatomique* nous dirons que cette dissolution est sous une dépendance organique, que le trouble soit d'origine humorale, endocrinienne, infectieuse, connue ou inconnue, que la lésion fonctionnelle ou anatomique soit visible ou invisible avec nos moyens actuels d'investigation.

Si, par exemple, nous faisons appel à un ouvrage récent de M. Marehand qui a passé toute sa vie à l'étude étiologique et anatomique des maladies mentales, nous allons trouver un appui sérieux aux idées que je viens d'exposer et que vous pourriez traiter d'affirmations gratuites.

Voici donc ce que nous lisons dans son ouvrage. Ecoutez bien : « C'est l'âge, ou plutôt le terrain, en rapport avec chaque étape de l'évolution individuelle, qui conditionne la forme du syndrome mental et ce n'est pas la nature essentielle des lésions. »

Ecoutez encore ceci qui se rapporte à notre sujet : « On peut dire que tous les états mentaux chroniques, qui surviennent chez des sujets de moins de 30 ans, peuvent revêtir le tableau de la démence précoce. » Aussi, M. Marehand, après avoir remarqué que la démence précoce fait souvent suite à ce qu'il a décrit sous le nom d'encéphalite psychosique aiguë ou subaiguë (c'est-à-dire à un état confusionnel fébrile azotémique), déclare qu'on devrait dire en tenant compte de l'étiologie : démence précoce par encéphalite épidémique, par tumeur cérébrale, par paralysie générale juvénile, démence précoce syphilitique, épileptique, etc. Et, à propos des formes schizophréniques observées chez les paralytiques généraux malarisés et stovarsolisés, il écrit : « Le processus méningo-encéphalitique aura d'autant plus de tendance à se traduire cliniquement par un état schizophrénique qu'il s'agira de malades n'ayant pas dépassé l'âge de 30 ans. »

Je pourrais extraire du volume de M. Marehand bien d'autres arguments, mais le temps me presse et je voudrais encore appeler au secours de Jackson, plus modestement au mien, un autre auteur que vous ne vous attendez sans doute pas à trouver dans cette affaire. Je veux parler de G. de Clérambault. Il y a, dans la

doctrine de l'automatisme mental, un élément jacksonien larvé lorsque G. de Clérambault formule « la loi de l'âge » et écrit : « L'échelle des âges nous montre des atteintes différentes de l'axe nerveux pour chaque période de l'existence ». Et des exemples donnés, je ne retiens que ce passage : « A partir de la puberté, formes confusionnelles chroniques et démence précoce. Passé 20 ans, démences précoces paranoïdes et d'autant plus paranoïdes que le sujet se trouve être à un âge plus avancé. A 40 ans, psychoses hallucinatoires systématiques avec conservation totale ou subtotale de l'intégrité intellectuelle et affective. »

Pour que cette citation soit vraiment jacksonienne, il suffirait de préciser que l'échelle des âges est surtout l'échelle des grandes périodes évolutives ou involutives du psychisme.

Ainsi, dans les cas qui nous occupent, plutôt que l'âge réel qui va de 15 à 25 ans environ, il faut envisager la période où l'évolution des fonctions supérieures s'achève, où ces fonctions sont encore superficielles, fragiles, peu stabilisées, avant la période de maturité où elles sont plus solidement installées. C'est la période de personnalité juvénile à tendances schizoïdes.

G. CRISE D'ORIGINALITÉ ET ÉTATS MENTAUX AIGUS. — A cette période, ce ne sont pas seulement des états mentaux chroniques qui prennent chez les jeunes gens la forme schizophrénique, ce sont aussi tous les états mentaux aigus.

Le médecin de l'admission et les médecins qui reçoivent ces malades dans les services de Sainte-Anne connaissent bien la difficulté d'un diagnostic et d'un pronostic dans ces cas-là.

Dans les états confusionnels plus ou moins fébriles et azotémiques, passé la période critique vitale où la dissolution des fonctions a été quasi-totale, on voit souvent se produire une réévolution incomplète sous forme d'un syndrome d'apparence schizophrénique.

Dans les états d'excitation avec délires polymorphes on voit émerger dans un mélange un peu chaotique les préoccupations mystiques, sexuelles, pseudo-philosophiques ou scientifiques, éso-tériques de la crise d'originalité.

Tous ces états et ceux qu'on croit plus franchement maniaques, de même que les états dépressifs, mélancoliques ou anxieux se teintent tous plus ou moins de discordance, de dissociation, de désintérêt, de réactions paradoxales, de négativisme, de phénomènes catatoniques et autistiques. Et la prudence, fondée sur une longue expérience, fait écrire en fin de certificat : « Possi-

bilité d'une évolution schizophrénique. » Souvent cette possibilité entrevue est démentie par les faits.

Dans tous les cas, l'ensemble des symptômes positifs présente la structure discordante de l'adolescence. De là sont venues les interminables discussions qui ont sévi autrefois sur le diagnostic des états schizophréniques et des états maniaco-dépressifs. Chez les jeunes gens, le diagnostic ferme, qui n'est qu'un pronostic, est, dans la plupart des cas, impossible. De même, il est pratiquement impossible de prévoir si une crise d'originalité un peu accentuée va s'apaiser ou se continuer par une schizophrénie confirmée, tant le tableau clinique est semblable. Et c'est cet ensemble de constatations qui explique sans doute la tendance de certains psychiatres, surtout étrangers, à voir de la schizophrénie partout.

DIAGNOSTIC ET ÉLECTRO-CHOC

Cependant, et je vais sans doute vous paraître paradoxal, nous avons depuis quelque temps un moyen de diagnostic, fondé sur une nouvelle méthode de traitement, tant est toujours vrai le vieil aphorisme hippocratique : « Naturam morborum curationes ostendunt. » C'est à l'électro-choc que je fais allusion. Si j'avais le temps, j'aimerais vous parler du livre récent de Delmas-Marsalet et de l'intéressante application des principes jacksoniens qu'il fait dans sa théorie de la dissolution-reconstruction. Mais il est trop tard aujourd'hui. L'électro-choc donne donc des résultats souvent très brillants dans les cas aigus d'apparence schizophrénique. Mais il ne donne rien dans la schizophrénie confirmée. Entendons-nous. L'électro-choc ne peut remédier à un défaut ou arrêt de développement de fonction, ni à des dissolutions capacitaires définitives. Il ne peut rien dans ces cas de crise d'originalité par impossibilité héréditaire, congénitale ou précocement acquise d'un développement complet de la personnalité avec sa fonction sociale. Il peut provoquer une accalmie dans l'efflorescence bruyante des phénomènes positifs mais le terrain schizoïde plus ou moins accentué reste indélébile.

L'électrochoc ne peut rien non plus contre les phénomènes négatifs sous la dépendance d'un état organique grave et définitif. Et, à ce propos, il faudrait, je crois, ajouter aux notions de Jackson, la notion de Clérambault sur la *massivité* du processus, massivité qui provoque une dissolution ample, profonde, irréparable des fonctions. Ainsi pourrait s'expliquer, chez des jeunes sujets n'ayant même pas présenté de crise juvénile et après, par

exemple, un état aigu confusionnel grave et prolongé ou tout autre trouble organique, l'apparition de la forme plus nettement démentielle dite démence précoce où ne surnagent que des phénomènes positifs sans relief.

Conclusion

Ainsi il semble que l'étude de la crise d'originalité juvénile nous a permis de préciser qu'elle est une phase évolutive du développement mental succédant à la structure enfantine avant d'aboutir à l'unité de la personnalité et à l'adaptation sociale de l'adulte. Elle est le style, le personnage, suivant Janet, le niveau d'évolution, la structure psychique de l'adolescence. Cette structure est schizoïde.

Cette notion, alliée aux idées de Jackson et appuyée sur l'anatomo-pathologie, nous permet d'établir la gamme de la schizoïdie.

C'est d'abord chez les adultes les mieux adaptés et socialisés, mais qui ont présenté la crise, la persistance d'une schizoïdie larvée sous forme d'une attitude de dédain des « nombreux » πολλοὶ πολλῶν (suivant l'expression de Platon), avec l'amour de l'introspection et le goût des spéculations intellectuelles.

En second lieu, sous l'influence de troubles héréditaires, ou congénitaux, ou précocement acquis, la crise d'originalité ne s'apaise pas, la synthèse complète du moi avorte et la socialisation se fait mal, nous avons affaire aux sujets de constitution schizoïde selon Kretschmer, Minkowski, Claude.

En troisième lieu, chez ces mêmes schizoïdes ou même chez des adolescents à développement rectiligne, un processus quelconque produit une dissolution des fonctions supérieures de synthèse du moi et de socialisation et une régression au stade adolescent dissocié. Ces malades sont les schizophrènes.

En quatrième lieu, un processus massif et grave ou insidieusement prolongé produit une dissolution plus profonde, plus étendue et définitive. Les symptômes négatifs sont plus capacitaires, les symptômes positifs moins riches. Ces malades sont atteints de démence précoce.

Enfin, les dissolutions passagères sous la dépendance de processus aigus mais plus bénins provoquent l'effervescence de symptômes positifs qui sont pleins des instances de la structure psychique adolescente et présentent un aspect schizoïde ou schi-

zophrénique. Il est d'ailleurs intéressant, au point de vue de notre thèse, de remarquer que ces cas où l'électro-choc se montre si favorable voient leur guérison s'affirmer et se consolider si on les socialise, c'est-à-dire si on les mêle aussitôt que possible à d'autres convalescents et si on les fait travailler avant de leur donner rapidement la liberté. Nos vieux psychiatres français qui ignoraient Jackson avaient bien vu qu'un des meilleurs traitements des états psychopathiques, même chroniques, c'est le travail dans la liberté surveillée.

Après cette utilisation trop sommaire de la crise d'originalité juvénile qui nous a peut-être permis, selon le vœu de Jaspers, de comprendre un peu mieux et d'expliquer dans une certaine mesure la symptomatologie des états schizophréniques sous leurs diverses formes, on pourrait envisager le problème sous un aspect plus large encore. Il serait intéressant d'étudier pourquoi les états délirants de la maturité se présentent très souvent sous l'aspect clinique classiquement appelé « psychose hallucinatoire chronique » ou « paraphrénie » et comment les états mentaux de la vieillesse se teignent pour la plupart de puérilisme et de fabulation.

On pourrait, je crois, au terme de cette étude, en appliquant les principes de Jackson et les idées de Henri Ey, retenir certaines vues cliniques de G. de Clérambault, adopter bon nombre de points de vue de l'anatomo-pathologiste Marchand et dire à peu près ceci :

Les causes étiologiques les plus diverses peuvent aboutir à la même lésion cérébrale. Une même lésion cérébrale peut être observée au cours des états psychopathiques les plus divers. Il n'y a pas seulement des lésions cérébrales constatables qui sont à l'origine des troubles mentaux. Les conditionnements organiques provoquent des symptômes négatifs de déficit qui sont plus ou moins accusés suivant la massivité (G. de Clérambault), c'est-à-dire suivant l'intensité, l'étendue, la durée du processus, et l'on peut faire ici sa place à la loi de la latence, du même Clérambault, car le début d'une psychopathie ne coïncide pas toujours avec le début clinique des manifestations organiques qui la provoqueront. Les signes positifs sont la manifestation directe de ce qui reste de la personnalité et correspondent à une phase évolutive inférieure. Tous les états psychopathiques relèvent donc d'un même mécanisme et on peut dire que « la psychose est une ». Si les formes en sont variées et si difficiles à classer sur le plan nosographique, c'est que ces formes sont purement individuelles et liées à l'évolution de la personnalité.

Voilà donc la faillite totale de la nosographie, dira-t-on. En Normand, je répondrai : « Peut-être oui, peut-être non. » S'il s'agit de continuer dans la voie qu'ont toujours suivie les psychiatres français qui se sont efforcés de faire une étude clinique minutieuse des malades et de grouper sous une même étiquette plus ou moins heureuse mais commode, tous les cas semblables, alors je suis clinicien et quelque peu nosographe. S'il s'agit de croire que les groupements cliniques réalisent des maladies autonomes avec leur étiologie spécifique, leur anatomo-pathologie spéciale, leur traitement particulier, alors je suis anti-nosographe car je ne connais qu'une seule affection qui réponde à peu près à la définition de la maladie : c'est la paralysie générale.

J'entends la cohorte des nosographes déterminés me dire : « Mais, enfin, dans un ouvrage didactique, il faut bien un ordre quelconque. » Soit ! M. Marchand a résolu la question en se tenant au seul point de vue étiologique et il a décrit successivement les troubles mentaux de l'alcoolisme, de la syphilis, des encéphalites, etc. C'est une table des matières qui est fort soutenable. Quant à moi, après un trop long détour, je reviens à mon point de départ. Je verrais volontiers un manuel psychiatrique où se trouveraient développés quatre grands chapitres qui suivraient l'évolution de l'individu et où seraient étudiés successivement les états psychopathiques de l'enfance, de l'adolescence, de la maturité, de la vieillesse.

J'ai aujourd'hui essayé de vous montrer que tous les états psychopathiques de l'adolescence étaient marqués, reliés entre eux, par un ensemble de symptômes dits schizoïdes ou schizophréniques qui sont la traduction des phénomènes caractéristiques d'une phase du développement du psychisme. Et ces phénomènes, c'est la crise d'originalité juvénile qui nous a permis de les mieux connaître.

Ouvrages cités ou consultés

- ADLER. — *Le tempérament nerveux* (traduction), Payot.
 BOVEN. — *La science du caractère*. Delachaux et Niestlé, 1931.
 BOREL et ROBIN. — *Les rêveurs éveillés*. N.R.F., 1925.
 BLONDEL (Charles). — *La conscience morbide*. Alcan, 1913.
 CLÉRAMBAULT (G. DE). — *Œuvre psychiatrique*. Presses Universitaires de France, 1942.
 DALCQ (Albert). — *L'œuf et son dynamisme organisateur*. A. Michel, 1941.
 DEBESSE. — *La crise d'originalité juvénile*, 1937-1941.
 DELAY (Jean). — *Les dissolutions de la mémoire*. Presses Universitaires de France.

- DELMAS-MARSALET. — *L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction*. Baillière, 1943.
- DROMARD (Gabriel). — *Le rêve et l'action*. Flammarion, 1911.
- DURAND (Charles). — *L'écho de la pensée*. Monographie de l'Encéphale. Doin, 1941.
- EY (Henri) et ROUART. — *Essai d'application des principes de Jackson*. Monographie de l'Encéphale. Doin, 1938.
- FLOURBOY. — *Le point de vue d'Arnold Mayer sur la démence précoce*. Encéphale, mars 1926.
- JANET (Pierre). — *L'évolution psychologique de la personnalité*. Chahine, 1929.
- KLAGES (Ludwig). — *Principes de caractérologie* (traduction). Alcan, 1926.
- MARCHAND. — *Maladies mentales*. Legrand, 1939.
- MALE (Pierre). — *La genèse des troubles du caractère chez l'enfant*. *Evolution psychiatrique*, 1932.
- MENDOUSSE. — *L'âme de l'adolescent*. Alcan, 1909.
- *L'âme de l'adolescente*. Alcan, 1928.
- MIKOWSKI. — *La Schizophrénie*. Payot, 1927.
- MONAKOW (G. von) et MOURGUE (R.). — *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psycho-pathologie*. Alcan, 1928.
- NATHAN. — *Troubles juvéniles de l'affectivité et du caractère*. Flammarion, 1930.
- PAGET. — *Le jugement moral chez l'enfant*. Alcan, 1932.
- STERN (W.). — *La psychologie de la personnalité et les tests*. *Journal de psychologie*, 1928.
- VERMEYLEN. — *Psychologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles, 1926.
- WALLON. — *Les origines du caractère chez l'enfant*. Boivier, 1934.

ANARTHRIE ET ALEXIE DISSOCIÉE,

*portant sur l'écriture cursive, curables, chez un ancien
traumatisé cranien, intellectuel, polyglotte*

PAR

J. EUZIÈRE, GARDIEN, R. LAFON, J. LEY et P. RUBÉNOVITCH

Le sujet qui fait l'objet de cette étude a présenté un syndrome neurologique complexe, comportant des troubles aphasiques, curables, remarquables tant par leur caractère électif que par le fait que leur association, à ce degré de pureté, est très exceptionnel et par leur apparition chez un ancien traumatisé cranien, doué d'une brillante intelligence, ayant fait des études approfondies de mathématiques et d'électricité, membre du corps professoral d'une école d'enseignement supérieur, auteur d'ouvrages de mathématiques, helléniste distingué et polyglotte, ayant même parlé le japonais.

L'observation que nous reproduisons soulève de nombreux problèmes d'ordre séméiologique, étiologique et pathogénique :

- celui de la conservation de l'intelligence chez les anarthriques ;
- celui de la relation avec le traumatisme cranien ancien ;
- celui du mécanisme de déclenchement des crises aphasiques ;
- celui des mécanismes de l'alexie et de l'anarthrie ;
- celui de la localisation anatomique des syndromes observés ;
- celui de la nature fonctionnelle ou anatomique des processus pathogènes ;
- celui de la réversibilité d'accidents neurologiques ayant duré plus d'un an.

Voici comment, le 27 juin 1940, six jours après le début des manifestations aphasiques que nous avons pu observer, le malade écrit lui-même son observation clinique :

OBSERVATION. — « Un document du 14 avril 1927 que je possède « encore porte le diagnostic suivant :

« Brèche osseuse de la région occipitale supérieure sans battement, « sans impulsion, suite de trépanation pour blessure de guerre (éclat « d'obus), crises comitiales allant se raréfiant, une seule en 1925 avec « perte de connaissance, perte de mémoire pendant six semaines ; « vertiges. »

« Il m'est assez difficile de donner des dates rigoureusement exactes « pour mes accidents anciens, car je ne possède plus que mon carnet « de pension et le document précité.

« Depuis ma blessure d'août 1914, j'ai fait de nombreux séjours dans « les hôpitaux, principalement entre 1915 et 1920 (je ne suis sorti de « l'hôpital qu'en octobre 1915, ayant été blessé en août 1914). Nom- « breuses crises comitiales avec des vertiges et des troubles de la « vision. Toutefois, cela ne m'ôtait rien de mon activité cérébrale « puisque j'ai pu pendant cette période (de 1915 à 1920) : 1° profes- « ser au Prytanée militaire de la Flèche ; 2° préparer le concours « d'entrée à l'Ecole supérieure d'électricité où je suis entré en avril « 1919 et sorti deuxième ; 3° préparer trois certificats de licence.

« Rien à signaler d'extraordinaire entre 1920 et 1924, sauf une mis- « sion au Japon. (Il faut toutefois signaler pendant cette période de « nombreuses crises comitiales, sans émission d'urines et sans mor- « sure de la langue ; l'une de ces crises a été suivie de cécité à pen « près complète pendant trois mois et de diplopie au moment où la « vision est revenue. Une autre crise survenue vers la même époque a « également été suivie de paralysie transitoire de la main droite sans « aucun trouble de la parole).

« A partir de 1924, crises comitiales suivies de fugues brèves (fré- « quence : une crise par an).

« Depuis 1927 jusqu'en 1940, une crise comitiale tous les trois ans « en moyenne, troubles de l'équilibre allant s'accroissant et exigeant « un guide permanent de la tombée du jour au matin et apparition de « troubles de la parole. (Il semble, d'après les renseignements obtenus, « qu'il y ait eu, pendant cette période, divers troubles de la parole. « En 1934, anarthrie complète et peut-être alexie ; en 1935, après une « petite crise, difficulté dans l'émission des sons ; en 1936, nouvelle « crise suivie de difficulté de la prononciation pendant une période « s'étendant sur plusieurs mois).

« Ma dernière crise date du mois d'août 1939, la perte de la parole « a duré trois mois et n'est revenue que par paliers.

« *Historique de la crise actuelle :*

« Parti de Versailles le 12 juin, j'ai dû gagner à pied, en marchant « de nuit un jour sur deux, les bords de la Loire à Meung. Ma mission « consistait à faire replier le dépôt de Génie n° X... (c'est-à-dire les « recrues, les récupérés et les isolés retour du front). Le pont de « Meung-sur-Loire a sauté derrière moi, ce qui a déterminé une pre-

« mière crise causée par le bruit intense et par l'angoisse d'avoir,
 « malgré moi, laissé en arrière mes plus chers collaborateurs. Le
 « choc le plus violent m'a été donné le 19 juin à la Souterraine :
 « j'étais épuisé de fatigue et l'un de mes aspirants avait pu me procu-
 « rer un lit. J'étais endormi lorsque deux chocs violents m'ont bru-
 « talement réveillé : l'aviation italienne bombardait, pour des rai-
 « sons nettement stratégiques, la rue où je me trouvais. La maison de
 « droite s'est effondrée ainsi que la maison de gauche. J'ai dû, d'après
 « les témoignages de mon aspirant et du sergent qui me servait de
 « guide la nuit, faire une fugue (la quatrième de mes fugues dont une
 « constatée par Fribourg-Blanc), mais une fugue d'une nature un peu
 « spéciale : vers la mort. Je me suis en effet équipé entièrement, *lucets*
 « *bien noués*, fusil en bandoulière et, sous le bombardement qui
 « recommençait, je suis parti au milieu de la rue.

« Hospitalisé à Périgueux du 20 au 23 juin inclus, je suis arrivé à
 « Montpeller le 24 juin, après être passé par Pau (erreur d'indication)
 « et par Toulouse.

« Symptômes subjectifs actuels : exagération des vertiges, indiffé-
 « rence presque absolue au sort de ma famille et, en revanche, grosse
 « angoisse au sujet de mes hommes laissés, malgré moi, sur la route.
 « somnolences brutales, mais très courtes et grande activité cérébrale.

« La perte de parole a cette fois, un aspect différent de la fois pré-
 « cédente : *il m'est impossible de me relire.* »

Si, à l'aide de cette auto-observation et d'autres renseignements qui nous ont été fournis ultérieurement par le malade ou sa famille, on résume les faits, on constate :

1° Brèche osseuse de la région occipitale supérieure gauche consécutives à une trépanation pour blessure de guerre, subie en août 1914, à l'âge de 23 ans ;

2° En 1915, première crise comitiale suivie pendant trois mois de cécité complète puis de diplopie. Ultérieurement, nouvelles crises comitiales, dont une suivie de parésie du membre supérieur droit.

3° A partir de 1927, alors que les crises comitiales s'espacent, apparition de troubles de l'équilibre s'accroissant et exigeant un guide pour circuler dans l'obscurité.

4° Premiers troubles de la parole en 1934, suivis de manifestations analogues en 1935, 1936, 1937 et 1939, jamais consécutifs à des crises comitiales, mais toujours, selon le malade et sa famille, à des fatigues excessives. Les troubles aphasiques durent en moyenne trois mois, puis se dissipent progressivement sous l'influence du repos. Les tentatives de rééducation n'ont eu aucun succès. Le malade est toujours très gai après les crises d'aphasie.

5° Le 15 juin 1940, par suite de l'explosion d'un pont, dont la destruction l'obligeait à abandonner ses plus chers collaborateurs, violent choc émotif, à partir duquel l'entourage remarque l'apparition d'une grande lenteur de la parole et, le 19 juin, au moment d'un bombarde-

ment, commotion importante, fugue et apparition des troubles, que nous allons décrire, et essentiellement caractérisés par de l'anarthrie avec de l'alexie et de la difficulté à se servir du bras gauche.

Divers examens pratiqués au début de juillet 1940 montrent :

Au membre supérieur gauche, une légère parésie et, à la main gauche, des troubles vaso-moteurs discrets, sans attitude particulière des doigts. Les mouvements combinés du membre dans les actes de la vie courante sont à peu près corrects, mais l'épreuve doigt-nez, et celle des marionnettes, sont mal exécutées, sans qu'on puisse parler de dysmétrie ou d'adiadococinésie vraies. De même, les épreuves d'apraxie sont mal exécutées du côté gauche, mais il ne s'agit pas d'apraxie véritable (ces troubles résultent en effet de la parésie et des gros troubles de la sensibilité profonde et de la notion de position dont le membre supérieur gauche est atteint).

Il n'existe pas de troubles parétiques aux membres inférieurs, mais on remarque une incertitude des mouvements dans l'épreuve talon-genou.

La démarche est normale sous le contrôle de la vue. La marche aveugle est impossible. Le malade présente un signe de Romberg avec chute soit en arrière, soit à droite, soit à gauche. Il est incapable de marcher correctement le long d'une ligne tracée sur le plancher.

La station monopodique est impossible. Ces troubles de l'équilibre existent depuis le traumatisme initial, en 1914. Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux et symétriques. Les réflexes plantaires se font en flexion. La sensibilité est fortement troublée dans le membre supérieur gauche : il existe une hypoesthésie cutanée à tous les modes qui prédomine à l'extrémité, mais s'étend jusqu'à la racine du membre. Il existe en outre de très gros troubles de la sensibilité profonde et de la notion de position, avec astéréognosie grossière, même pour les objets les plus caractéristiques.

La discrimination tactile est très troublée également dans la même région. Aux membres inférieurs il existe également des troubles de la notion de position. Au point de vue oculaire, les mouvements combinés des globes sont normaux, sauf la convergence qui est très limitée. Les mouvements extrêmes du regard provoquent des sensations vertigineuses et nauséuses. Il n'y a pas de nystagmus. Les pupilles réagissent normalement. Les champs visuels sont normaux.

L'examen somatique général ne révèle pas de signes d'une affection organique quelconque.

Examen de syndrome aphasique

1° L'ANARTHRIE. Dans l'épreuve de la *dénomination des objets*, l'anarthrie apparaît totale. Le malade reconnaît immédiatement les objets qu'on lui présente et les *dénomme tous par écrit*, sans aucune difficulté. Il est même capable d'en *écrire les noms en plusieurs lan-*

gues (français, anglais, allemand, grec, latin), mais il ne peut articuler aucun son. Dans ses essais il ne fait pas de paraphasie, et il n'apparaît, dans les résultats de cette épreuve, aucune variabilité.

Dans la parole répétée, le trouble est le même. Le malade se montre totalement incapable de répéter une phrase simple, ou même un mot. Il arrive cependant parfois, après de grands efforts, à répéter certains mots monosyllabiques, comme « beau ». La parole est alors explosive, comme si le sujet avait dû vaincre un véritable spasme de ses organes phonateurs, et l'effort ainsi accompli provoque des vertiges, des nausées, des sudations.

Le malade répète avec de grandes difficultés les voyelles a e i o, mais pour u, il prononce toujours ou, et ne semble pas s'apercevoir spontanément de son erreur. Même lorsqu'on la lui fait remarquer, il est incapable de se corriger.

Contrastant avec cette anarthrie totale pour tout ce qui doit être prononcé sur commande, la parole spontanée est relativement conservée. Elle est exempte de toute dysarthrie, et limitée à certains adverbes, pronoms, prépositions, conjonctions, à certaines formes de verbe aussi.

Ce sont principalement les noms propres, les substantifs et les adjectifs qui font défaut. Le malade, qui prononce des phrases incomplètes, a toujours un crayon à la main pour écrire les mots qu'il ne peut prononcer.

Voici quelques exemples de ce langage spontané. Les mots entre parenthèses ont été écrits :

- « C'est comme si j'étais... (normal). »
- « C'est le... (ami qui est) avec moi... »
- « il dit que si (que je prononce parfois certains substantifs). »

Lorsqu'il ne peut s'aider de l'écriture, le malade s'exprime de la manière suivante :

- « Avec moi il y a... qui a vu autrefois... »
- « avec moi... la même... je disais »
- « beaucoup plus... là devant... je faisais... »
- « celui qui m'a... c'est pas les mêmes »
- « machins... les choses... Ah ! non ça »
- « alors, c'est différent... »

Le malade voulait exprimer au médecin les différences entre ses troubles actuels et ceux de la précédente crise d'aphasie.

Il est à noter que dans cette parole spontanée tous les mots prononcés le sont correctement, sans la moindre dysarthrie ou paraphasie, et à une vitesse normale. Cependant, le malade se montre toujours incapable de répéter sur commande aucun des mots qu'il vient de prononcer spontanément. Il se comporte à ce point de vue tout à fait comme un apraxique.

Et de fait, il existe des signes extrêmement nets d'apraxie bucco-

faciale. Le malade est incapable de diriger sur commande les mouvements de la langue et des lèvres. Dans les épreuves qui consistent à diriger la langue vers le palais, vers les dents, vers le nez, vers le menton ou à exécuter des mouvements des lèvres il commet des erreurs grossières. (Il est à noter cependant qu'il siffle très correctement, ce qu'il ne pouvait pas faire lors de la précédente crise d'aphasie). Dans les mouvements de la langue vers la droite et vers la gauche, le malade commet une erreur curieuse, toujours la même : il reconnaît parfaitement la droite de la gauche, mais lorsqu'on lui demande de pousser la langue vers la droite, il la pousse régulièrement vers la gauche, et vice versa. Il se montre très étonné d'apprendre qu'il se trompe et ne parvient pas à s'en rendre compte, même lorsqu'on répète l'épreuve en lui faisant lever la main correspondant au sens dans lequel il doit diriger sa langue. Tout se passe comme s'il existait des troubles de la notion de position de la langue.

2° L'ALEXIE. — A côté de l'anarthrie, le malade présente une *alexie illérale dissociée strictement limitée à l'écriture cursive*. Il lit couramment et sans aucune fatigue les caractères d'imprimerie. La lecture des journaux, de livres français, anglais, allemands, est aussi rapide et aussi aisée qu'auparavant.

Il traduit quasi à livre ouvert le grec et le latin. Cependant, il se montre totalement incapable de lire l'écriture cursive ; il explique par écrit : « C'est pour moi comme s'il s'agissait d'écriture chinoise ou d'hiéroglyphes. » Il écrit en cursive d'une manière parfaite et rapide, sans aucune hésitation ou faute, mais ne peut se relire. C'est ainsi qu'il a rédigé une longue auto-observation qui est un modèle du genre, tant au point de vue de l'orthographe et du style, que de l'enchaînement des idées. Il écrit de mémoire des formules mathématiques compliquées telles que :

$$\int \frac{dt}{1+t^2} = \text{arc } \text{tg}t, \text{ mais ne peut se relire.}$$

* Si on lui demande après quelques instants de transcrire la même formule, il est obligé de la copier comme un dessin. Parmi les lettres isolées écrites en cursive, il ne reconnaît que les plus simples, les plus courantes, ou celles qui ressemblent aux caractères d'imprimerie, comme le *q*, le *a*, le *c*, le *t*, le *d*, le *i*, le *h*, le *o*, le *m*. Il ne peut identifier le *v*, le *n* (alors qu'il venait de reconnaître le *m*), le *g*, le *j*, le *z*, le *f*, le *l*, le *p*, le *r*, le *s*, le *y*, le *x*.

Dans la répétition de cette épreuve, les réponses du malade ne varient que dans des limites assez étroites. Il ne s'agit cependant pas uniquement d'un trouble de la reconnaissance de certaines lettres, mais d'un déficit plus global, puisque des mots écrits au moyen de lettres reconnues isolément (lie-lac, par exemple) ne sont pas lus par le sujet, même lorsqu'on cherche à le lui faire décomposer en ses éléments littéraux. Bien que cette alexie ne s'accompagne d'aucun trouble de la représen-

tation graphique (dessin) elle semble bien faire partie d'une agnosie visuelle qui déborde le domaine du langage.

Notre malade présente en effet des *troubles de l'utilisation de l'espace*, dont il s'est lui-même rendu compte, en partie au moins. C'est ainsi qu'il écrit : « *Actuellement, je ne vois plus les anaglyphes* » et encore : « *Je ne puis faire un problème de descriptive que par le raisonnement.* » Il se retrouve en géométrie plane, mais éprouve de *grosses difficultés à se représenter les formes dans l'espace*. A l'examen, on constate qu'il existe des *troubles de l'orientation*, notamment dans la lecture d'une carte, ou pour dessiner le plan sommaire des locaux dans lesquels il séjourne, de la ville où il est domicilié. Il éprouve donc des difficultés notables à construire des schémas visuels.

D'autre part, dans les épreuves qui consistent à assortir des graphismes différents qui présentent entre eux certaines analogies, le malade ne réussit qu'avec une lenteur nettement anormale, dont il se rend compte lui-même d'ailleurs. L'appréciation des distances est suffisante ; dans l'évaluation de la dimension des objets, le sujet commet des erreurs de l'ordre de 15 0/0.

Nous avons soumis le malade à divers tests de représentation spatiale. Les tests concernant l'espace géométrique ont été correctement effectués. L'épreuve de Pierre-Marie Behague (espace proprioceptif) échoue complètement, mais il se peut que les troubles de l'équilibre et les vertiges dont souffre le malade, dès qu'il a les yeux bandés, l'empêchent de prêter à l'épreuve l'attention nécessaire.

Les tests concernant la notion espace-temps réussissent pour ce qui regarde les mouvements rythmés, mais dans les épreuves qui consistent à répéter une série en sens inverse, le malade éprouve de grosses difficultés. Il écrit pour expliquer son échec : « *En mathématiques je déteste les méthodes par régression.* » Les épreuves ayant trait à la notion de nombre sont aisément réussies. Enfin, en ce qui concerne la topognosie corporelle, le malade éprouve des difficultés à localiser sur son propre corps les points touchés. Quant aux mouvements, ils ne peuvent être explorés à ce point de vue en raison de l'existence de troubles de la sensibilité profonde.

A côté des troubles ci-dessus décrits, le malade ne présente aucun autre symptôme de la série aphasique. Nous l'avons soumis à de nombreux examens, et même en le fatiguant on ne peut faire apparaître aucun trouble gnosique auditif ou visuel (en dehors des troubles de l'utilisation de l'espace décrits plus haut), en particulier aucune dysgraphie.

En ce qui concerne le *calcul*, le malade *exécute rapidement* par écrit les opérations courantes. Lorsqu'il est fatigué cependant, il remarque lui-même qu'il calcule moins aisément qu'auparavant. La *reconnaissance des chiffres écrits a toujours été parfaite*.

Le calcul mental, par contre, laisse beaucoup à désirer, mais le malade affirme qu'il n'a plus jamais calculé mentalement depuis sa

blessure de 1914 et qu'il en a complètement perdu l'habitude. En ce qui concerne le raisonnement mathématique, le malade peut faire des problèmes, mais la fatigue vient vite et l'attention fléchit rapidement. Il survient bientôt un état de désintéressement et d'inattention qui oblige le malade à tout abandonner.

Le sens musical est conservé. Le malade reconnaît les airs et est capable de les siffler. (Il signale qu'à la crise d'aphasie précédente il ne pouvait plus siffler). Il siffle et fredonne la *Marseillaise*, quelqu'un la solfie devant lui et fait une erreur, il la corrige. Le malade est pianiste. Il déclare qu'il pourrait jouer de la main droite ou de la main gauche, mais *il ne pourrait jouer des deux mains, car il est incapable actuellement de lire à la fois les deux portées*. Si les deux mains devaient jouer ensemble, elles ne pourraient que jouer les mêmes notes synchroniquement.

LES FONCTIONS INTELLECTUELLES ET L'ÉTAT MENTAL. — En dehors des troubles dissociés décrits ci-dessus, l'état intellectuel du malade n'est guère touché. Il suffit, pour s'en convaincre, d'entreprendre avec lui une conversation sur un sujet quelconque : scientifique, artistique et littéraire. La sûreté de jugement, la promptitude des réponses, la finesse de l'expression démontrent que l'intelligence générale n'est pas atteinte ; l'euphorie qui succède aux crises et dont le malade se rend compte (il écrit : « ma gaieté, après les crises, a toujours surpris les psychiatres ; il est à noter que je ne suis gai que dans le mois qui suit les crises », son caractère habituel, en effet, est plutôt un peu triste), sans pouvoir l'expliquer, pourrait faire croire à un certain affaiblissement intellectuel par les réactions un peu puériles qu'elle entraîne. D'autre part, le malade se plaint de troubles de la mémoire disant qu'il n'a aucun souvenir de son entrée à l'hôpital, ni des déclarations qu'il a faites à cette époque, oubliant même les noms des médecins qui l'ont soigné. Il s'en inquiète beaucoup et montre des tendances manifestes à l'autoanalyse.

« Depuis le début de son séjour, ainsi qu'il l'a déjà signalé, il s'étonne de ne penser qu'aux hommes qu'il a été obligé d'abandonner après qu'un pont eût sauté, alors que le sort de sa propre famille le laisse, dit-il, complètement indifférent.

Il se montre exagérément scrupuleux, se tourmente parce qu'il ne pourra, en raison de l'amnésie lacunaire dont il est atteint, pour les circonstances de son accident, témoigner pour un de ses compagnons. Il passe par des alternances de dépression et d'euphorie ; bref, s'il existe quelques troubles intellectuels et mentaux discrets, on ne peut parler d'affaiblissement intellectuel au sens habituel du terme.

En somme, en juillet 1940, le malade dont nous venons de rapporter l'observation présente un syndrome complexe caractérisé par :

1° des crises épileptiformes rares et des équivalents comitiaux d'origine traumatique ;

2° des troubles anciens de l'équilibre, des vertiges, des nausées, reliquats d'un syndrome post-commotionnel ;

3° des troubles de la notion de position au niveau des membres inférieurs ;

4° des crises d'aphasie transitoire survenues tardivement pour la première fois 20 ans après le traumatisme, et dont le déclenchement paraît avoir pour origine la fatigue et le surmenage ;

5° une parésie récente du membre supérieur gauche avec syndrome sensitif d'origine corticale, troubles sensitivo-moteurs, qui ont apparu en même temps que la dernière crise d'aphasie ;

6° des troubles du langage caractérisés par une anarthrie pure et par une alexie littérale dissociée pour l'écriture cursive, en dehors de tout autre symptôme de la série aphasique, chez un droitier.

ÉVOLUTION. — Un traitement à base d'acétylcholine (0,20 centigrammes) est institué. Le 29 juillet 1940, on note une amélioration nette de la parésie du membre supérieur gauche et une légère amélioration de l'aphasie. Le malade parle en employant des mots simples ou courants ; il lit très bien les caractères d'imprimerie, lentement les caractères de la machine à écrire. Le 31 juillet, on reprend une nouvelle thérapeutique vaso-dilatatrice.

Le 17 août 1940, au réveil, anarthrie totale. La parole spontanée a complètement disparu. Le malade accompagne ses gestes de petits grognements inarticulés, il ne s'exprime plus que par écrit, mais avec la même aisance que précédemment ; les autres symptômes n'ont pas varié. Le malade ne paraît pas se rendre compte exactement de l'aggravation de son état, il n'interroge pas le médecin à son sujet et ne semble pas s'inquiéter de cette impossibilité totale d'articuler les sons. C'est toujours l'alexie qui le tourmente. Il passe encore par des moments de dépression alternant avec des périodes d'euphorie plutôt exagérée.

Les autres symptômes n'ont pas varié, si ce n'est la rétrocession de la parésie de la main gauche ; les troubles sensitifs persistent.

Le 9 septembre, l'état reste-inchangé. Malgré l'intégrité de l'intelligence, il semble bien exister cependant un léger degré de diminution intellectuelle en ce qui concerne notamment le raisonnement mathématique et les facultés de combinaison.

En octobre, le malade présente un léger état d'excitation avec euphorie, il s'inscrit à la Faculté des Lettres et pendant presque toute la durée de l'année scolaire, il suivra des cours d'histoire avec régularité.

A plusieurs reprises, il subit des examens qui ne révèlent aucun changement. A aucun moment il ne paraît inquiet sur son avenir. Son anarthrie ne s'accompagne d'aucune anxiété. Il vit, dit-il, tout en étant hospitalisé, une des périodes les plus heureuses de sa vie.

Comme il nous révèle un jour qu'il se livre sur lui-même à une étude « vécue » de l'aphasie, nous l'invitons à tenter de l'exposer. C'est ainsi que, au début du mois de février 1941, le malade écrit à son sujet un rapport qu'il intitule : « Paroles d'un Aphasique » et qui mérite, nous semble-t-il, d'être reproduit, car il donne certaines interprétations du mécanisme de la parole.

« PAROLES D'UN APHASIQUE »

« Au printemps 1908, quatre élèves de mathématiques élémentaires « déambulaient rue du Havre à la sortie de Condorcet. Trois d'entre eux « étaient furieux contre le professeur de philosophie (Lachelier fils) « qui, sans enthousiasme, avait consacré une petite heure au sujet le « plus passionnant du programme : Le langage, son origine, sa pathologie, X... et Boirac avaient évidemment servi de base à son exposé. « Des trois adolescents, le plus fulminant était L... B... qui faisait de « grands gestes dans la rue et hurlait : « L... est encore plus nul que « le Père L... Si ça continue, je vais demander à grand-père de faire « ma philo chez les Jêzes. Tu as vu le regard de Lachelier quand je « lui ai demandé le mécanisme de la pensée chez les Romains. Cet « idiot-là n'a même pas entendu parler de la thèse de Weil. » « M... H... semblait écouter ce que disait L... B..., mais en réalité il « préparait sa réplique. Le beau Max avait beaucoup voyagé et aimait « particulièrement en faire montre dans ses propos : « L..., ce « type-là crèverait de faim en Amérique et en Allemagne, les Italiens « le siffleraient, les Russes eux-mêmes ne le toléreraient pas. »

« Le troisième orateur, P... B..., était un peu cuistre et adorait mettre en scène les nombreuses relations de son père. Il affirmait : « Lachelier est nul, c'est un fait, mais, d'après Pierre Marie, X. n'est « qu'un compilateur aussi nul que Charcot. Ah ! si Babinski pondait « un bouquin de vulgarisation ! »

« Quant à moi, confident de tragédie, je laissais parler les fils des « grands hommes. Ils m'amusaient, et si j'ai retenu l'éreintement de « X., c'est parce que mes camarades m'ont donné ce jour-là un beau « spectacle de comédie. Je ne me doutais pas que, 32 ans plus tard, « je serais vraiment le seul des quatre à pouvoir émettre une opinion « vraiment personnelle sur la pathologie du langage.

« Je ne sais pas la note que Lachelier mettrait à la présente dissertation, mais j'aurais vraiment eu un gros mérite à la rédiger, car « étant alexique partiel, il m'a fallu employer tout un attirail de « trucs : emploi de mots en capitales, pour repérer ma pensée ; rattachement des idées à tel objet de ma chambre, suivant les excellents « conseils de feu Quintilien, etc... A vrai dire, je ne regrette pas mon

« alexie au point de vue scientifique : le phénomène peut être étudié
 « au ralenti et presque sans fatigue. Je suis maintenant convaincu que
 « la lecture de l'écriture courante n'est pas un phénomène d'automatisme, mais un acte d'intelligence. On est obligé de se dire
 « (inconsciemment et à très grande vitesse) : « Ceci doit être telle
 « lettre » et l'on fait ensuite une synthèse rapide de ses interprétations successives. Mais pour que cette synthèse soit possible, il faut
 « que l'interprétation de chacun des caractères ne soit pas trop lente, sinon le mot ne se forme pas en pensée intérieure.

« Un autre facteur semble intervenir : un homme normal épelle
 « intérieurement en silence. Or, ma parole intérieure est terriblement
 « bruyante et ce phénomène secondaire intervient pour m'embrouiller.
 « Pour supprimer ce bruit, j'en'ai trouvé qu'une astuce : transcrire
 « ce que je devine en lettres capitales, c'est pour moi la seule façon
 « de ne pas m'abrutir.

« Si l'alexie partielle est simple à analyser, l'aphasie est terriblement plus complexe. Comme je ne puis faire tourner la machine au ralenti, je me contenterai de noter ce qui me passe par la tête.

« 1° La parole intérieure — celle qui me gêne tant lorsque j'épelle mes lettres — atteint une précision et une force inconnues à l'état normal. C'est au point qu'une phrase traduite par moi sur le papier peut m'être demandée assez longtemps après, je m'en souviens comme un orateur se souvient d'une phrase d'un discours préparé.

« 2° Je ne me sens pas aphasique surtout lorsque je module en sons inarticulés ma parole intérieure. Je suis tout étonné d'ailleurs que les gens ne me comprennent pas aux seules modulations : je crois réellement parler.

« 3° J'ai la sensation nette qu'un malin démon m'empêche d'émettre extérieurement les sons de ma parole intérieure. Mais la voix que j'entends intérieurement est, non pas la mienne, mais celle d'un professeur de diction, d'un faiseur d'embarras, d'un speaker de radio. Je suis intérieurement pédant et précieux, à la manière d'un personnage de Rostand.

« Quand je rêve, je me vois aphasique avec mon crayon et mon bloc-note.

« A l'état normal, je travaille beaucoup : cours en préparation, expériences de laboratoire, etc... Cette grosse dépense cérébrale est compensée, dans la vie courante, par une distraction presque pathologique et un mépris anormal (et non voulu) des contingences. Un de mes hommes traduisait de façon exacte mon comportement : « Le Capitaine voit toutes nos gaffes au tableau noir, mais il n'est pas fêlé de s'apercevoir que les chambrées ne sont pas balayées. » Ce brave sapeur me trouverait bien changé, car, maintenant, je fais attention à tout, je vois tout, et si je tends vers un "type", c'est plutôt vers celui de mon ex-concierge que celui plus flatteur de cet hurluberlu d'Ampère.

« L'aphasie a donc eu des répercussions certaines sur le caractère.
 « Je connais très peu de vers français par cœur : j'avoue à ma
 « grande honte que le seul auteur qui m'ait laissé une trace indélébile
 « est ce pauvre Déroulède. En revanche, je connais par cœur presque
 « tout l'office latin de la messe. Or, à la chapelle du séminaire, le di-
 « manche, j'ai l'impression que mon aphasie disparaît lorsque l'on
 « chante ce que je connais. Bien entendu, il m'est impossible d'affir-
 « mer que cette impression correspond à une réalité puisque toute
 « auto-observation, tout repliement arrête la parole intérieure.

« D'ailleurs, je n'ai cette impression que pour les passages de l'office
 « chanté par un chœur. La voix du prêtre seule me laisse aphasique.

« A signaler la perte totale de la langue japonaise que je parlais
 « encore couramment en mai dernier. Tout a disparu : caractères
 « idiographiques, syllabaire, numération et sons intérieurs.

« J'avais appris le japonais en 1922, et cette langue me rendait de
 « grands services pour mes essais de télégraphie secrète.

« Je ne vois plus rien à signaler et ma dissertation est terminée.

« Toutefois, une dissertation exige une conclusion pour être
 « conforme aux règles de la Sorbonne. Cette conclusion pourrait être
 « pessimiste, cafardeuse, elle sera, au contraire, rigoureusement opti-
 « miste. Je me suis adapté en effet, petit à petit, à ma vie nouvelle.
 « passant tout doucement de la règle de saint Benoît — « dans sa par-
 « tie laïque » — à celle de saint Bruno. J'ai perdu malgré moi — c'est
 « un bienfait — l'habitude de me plaindre et ce silence forcé me
 « conduit maintenant, par un mécanisme subtil, au souriant ascétisme
 « des Pères du désert. »

Quelques jours après, le 15 février, le malade nous présentait le rap-
 port suivant :

« Il y a une dizaine de jours, j'ai fourni un gros travail avec toute
 « mon intelligence (actuelle) et tout mon orgueil. Je ne croyais pas
 « que l'effort mécanique serait aussi grand et le nombre d'astuces
 « diverses que j'ai dû employer m'a littéralement mis à plat. Lorsque
 « " mon travail " a été terminé, j'ai eu l'impression nette que j'avais
 « terminé ce que nous appelons, en jargon d'ingénieur, un projet de
 « concours.

« Puis mon cerveau s'est mis à fonctionner à vide, tout sommeil
 « a disparu et deux phénomènes ont fait leur apparition : *premier*
 « *phénomène immédiat* : impression (fausse) que l'on manquait de
 « correction à mon égard. Analyse involontaire de tous ces manque-
 « ments de correction. Conflit entre mon intelligence toujours lucide
 « et mon subconscient : conflit fatigant, nuits blanches.

« *Deuxième phénomène* : l'histoire de Croix de Guerre. Je suis
 « persuadé subconsciemment que quelqu'un (?) m'a fait une méchan-
 « ceté, que j'ai un ennemi à Montpellier. Chose plus grave — et qui
 « apparaît pour la première fois dans ma vie — j'entends en moi,
 « avec la régularité d'un disque de phonographe, la phrase suivante

« textuelle : « On te fera passer au falot. » Pourquoi cette phrase ?
 « Parce que je suis subconsciemment — toujours — convaincu (en
 « dépit de tout raisonnement lucide) que l'on utilisera mon rapport
 « contre moi, parce que j'ai fait combattre des non-combattants
 « (jeunes soldats ayant moins de deux mois de service).

« Cette obsession est tellement forte qu'une conversation un peu
 « prolongée, exigeant une attention minima, est impossible. J'essaie
 « de lire, la phrase apparaît. Bien entendu, je ne dors pas.

« *Nota.* — Depuis quelque temps, je suis ennuyé — consciencieuse-
 « ment cette fois — par la chose suivante : je suis devenu une non-va-
 « leur sociale et je ne puis songer évidemment ni à professer, ni à exer-
 « cer mon métier d'ingénieur. Quel serait l'ordre de grandeur de mon
 « invalidité, étant donné que j'avais, du fait de ma blessure de 1914,
 « 50 0/0 d'invalidité définitive ? Le « travail » que j'ai fourni, il y
 « a une dizaine de jours, montre, en effet, que je suis loin d'avoir
 « récupéré ma puissance de travail, abstraction faite de l'aphasie,
 « qui, elle, ne m'empêcherait pas de faire du laboratoire. Mais en ce
 « moment, et au bout de huit mois, je suis une non-valeur technique.
 « Ceci est également un fait nouveau, car dans mes crises d'entre deux
 « guerres, je travaillais toujours beaucoup à l'Hôpital et j'y préparais
 « mes cours. »

Le malade avait été, en effet, proposé pour la Croix de Guerre, et avait été tenu de donner certains renseignements en même temps que d'autres officiers hospitalisés. Quelque temps après, ces derniers avaient reçu leurs récompenses et notre malade avait été oublié. Cet incident avait provoqué chez lui une série de réactions : énervement, légère anxiété, hostilité non dissimulée à l'égard de ses camarades décorés avant lui, bouderie.

Cet état avait disparu et fait place à l'euphorie habituelle quelque temps après réception de la Croix de Guerre tant attendue.

Cependant, à partir de ce moment, apparaissent quelques périodes de dépression avec mauvaise humeur, irritabilité qui, toutefois, n'entravent pas l'activité de notre malade. Pour la première fois depuis son hospitalisation, il se préoccupe des conséquences possibles de son état et de son avenir.

En juin 1941, l'état d'euphorie est complètement réinstallé. C'est alors que surviennent une série d'incidents qui seront rapidement suivis d'une guérison totale.

A la fin du mois, le malade présente un ictus suivi d'hémiplégie gauche, avec anxiété marquée, état très saburral, céphalée intense, légère tachycardie, tension artérielle normale (15-9 au Pachon), urines normales. Cet ictus semblait avoir été déclenché par le choc émotif suivant : le malade avait fait connaissance, à la Faculté, d'une jeune fille de 18 ans, et une idylle (toute platonique, nous dit-il, et inspirée par des affinités d'ordre purement spirituel.....) s'était ébauchée. Ce-

pendant, la jeune étudiante avait cru bon de consigner dans un carnet les transports que lui causait la fréquentation exaltante d'un camarade aussi cultivé et savant. Il avait fallu que ces notes tombassent aux mains d'une mère sévère, qui leur avait trouvé un accent inquiétant. Un soir, celle-ci, en présence du malade, intime brutalement à sa fille l'ordre de cesser une fréquentation qu'elle juge compromettante et dangereuse. Très ému, notre malade avait maladroitement tenté de s'excuser, n'avait pu se justifier, calmer la colère de la mère, ni tarir les larmes de la jeune fille, et était rentré très troublé à l'hôpital.

Dans la nuit, il présenta l'ictus en question. Un traitement par l'acétylcholine est institué aussitôt. Les troubles paralytiques régressent assez rapidement, et le malade peut se lever au bout d'une quinzaine de jours. Il accusait une fatigue cérébrale très intense, se plaignait d'être anxieux et de ne pouvoir se livrer à aucun travail intellectuel. Vingt fois par jour, il écrivait sur son carnet : « J'ai le cafard. »

L'un de nous eut alors l'idée de faire accompagner une petite cure kinésithérapique d'exercices méthodiques de rééducation de la parole qui furent entrepris par le malade avec scepticisme. Cependant, il sembla s'y intéresser rapidement. L'anarthrie céda avec une rapidité surprenante pour l'émission des voyelles. La formation des consonnes fut plus difficile. Cependant, vers la fin de juillet, le malade pouvait prononcer quelques courtes phrases. En même temps, il lui arrivait certains jours de pouvoir relire quelques mots écrits en cursive.

Dans le courant du mois d'août, l'anarthrie avait presque totalement disparu. La parole était lente, appliquée, la voix toujours chuchotée. Peu à peu elle se raffermît et, au début de septembre, elle était devenue absolument normale.

En même temps, on assistait, après quelques légères fluctuations, à la disparition progressive des troubles de l'équilibre, et de l'alexie. La disparition complète de cette dernière avait précédé celle de l'anarthrie.

* Au point de vue de l'humeur, un changement notable était survenu ; toute euphorie avait disparu. Aucune joie, aucune satisfaction n'était provoquée par la disparition des phénomènes morbides. Le malade paraissait triste, maussade. Il commençait à s'inquiéter de son avenir, envisageant avec ennui la perspective de reprendre la vie familiale normale. Il nous confiait qu'il avait l'impression de sortir d'un rêve plutôt agréable et, cependant, disait-il, sans conviction et comme à regret : « Ça n'est pas drôle de ne pouvoir parler. » Son désir de rester hospitalisé était tel qu'il exprima des sentiments parfois hostiles à l'endroit du médecin-chef le jour où on lui apprit que, considéré comme guéri, il devrait bientôt sortir.

En somme, le malade dont nous venons de rapporter l'observation a présenté un syndrome complexe caractérisé par :

1° des crises épileptiformes rares et des équivalents comitiaux d'origine traumatique, remontant à un traumatisme de la guerre 1914-1918 ;

2° des troubles anciens de l'équilibre, des vertiges, des nausées, reliquats d'un syndrome post-commotionnel ;

3° des troubles de la notion de position des membres inférieurs ;

4° des crises d'aphasie transitoire survenues tardivement, pour la première fois 13 ans après le traumatisme, dont le déclenchement paraît avoir pour origine la fatigue et le surmenage ;

5° à l'occasion de surmenage et de deux nouvelles commotions : parésie du membre supérieur gauche avec syndrome sensitif d'origine corticale, troubles sensitivo-moteurs, troubles du langage caractérisés par une anarthrie pure et par une alexie littérale dissociée pour l'écriture cursive, en dehors de tout autre symptôme de la série aphasique, chez un droitier ;

6° après plusieurs mois, un an environ, disparition des phénomènes parétiques et aphasiques.

Est-il possible de localiser anatomiquement les symptômes que présente notre malade ? Nous savons que le traumatisme a porté sur la région occipito-pariétale supérieure gauche, près de la ligne médiane, région dont la projection cérébrale correspond à peu près au versant supérieur du gyrus supra-marginalis, mais nous ne possédons pas de renseignements sur l'étendue de la lésion. D'autre part, la parésie du membre supérieur gauche avec syndrome sensitif de type cortical permet de supposer qu'il existe également une lésion de l'hémisphère droit, au niveau du lobe pariétal ; cette lésion serait de date relativement récente et son apparition aurait coïncidé avec le déclenchement de la dernière crise d'aphasie. Elle peut résulter d'une extension de la lésion gauche par sclérose progressive, ou d'un spasme artériel. Ce que nous savons de l'anatomie pathologique de l'aphasie, au point de vue des symptômes anarthrie et alexie, ne cadre guère avec cette topographie probable des lésions dans notre cas. Nous nous garderons bien, dans un domaine aussi mal connu, de formuler des hypothèses, d'autant plus qu'il est probable que les symptômes anarthrie et alexie peuvent apparaître à la suite de lésions cérébrales encore mal précisées.

Nous savons, en effet, qu'il n'y a pas de « centre de l'articulation » ni de « centre de la lecture », comme les troubles dissociés de ces fonctions l'ont fait admettre jadis. Il n'y a que des centres correspondant à certaines praxies ou à certaines gnosies,

processus très différenciés et souvent en grande partie artificiels, notamment en ce qui concerne l'articulation et la lecture.

On sait d'autre part que les mécanismes qui assurent la coordination et la synergie de ces processus complexes se sont localisés au cours du développement dans un des hémisphères qui est devenu de ce fait l'hémisphère dominant. Les troubles que nous observons en cas de lésion cérébrale résultent bien plus du fonctionnement anarchique de centres libérés du système de subordination qui s'était établi entre eux, que de phénomènes de déficit. En ce qui concerne plus particulièrement les agnosies dissociées, il semble bien qu'elles n'apparaissent qu'en cas de lésion bilatérale des analyseurs sensoriels, correspondants ou de leurs voies d'association. Dans notre cas, des lésions bilatérales existent, ou ont existé, mais il n'est guère possible de les localiser exactement. Cette localisation fût-elle connue, que nous ne serions probablement pas encore en mesure d'expliquer les troubles observés. Il est certain que la possibilité de voir un symptôme comme l'alexie se localiser aussi strictement et d'une manière aussi absolue à une forme particulière d'écriture, à l'exclusion de toutes les autres, reste un phénomène très troublant. Si les troubles de l'utilisation de l'espace que nous avons relevés chez notre malade jouaient un rôle important dans son alexie, on devrait s'attendre à retrouver celle-ci, au moins à l'état d'ébauche, pour d'autres formes d'écriture ou de représentation graphique. Il n'en est rien cependant, et il est difficile de concevoir que l'alexie de notre malade ne soit qu'une des manifestations d'une agnosie visuelle plus étendue qui prédominerait sur la lecture, en raison de la grande importance de l'élément gnosique que la lecture comporte.

L'importance de cet élément gnosique doit en effet être à peu près le même pour l'écriture imprimée que pour l'écriture cursive, et la dissociation absolue qui existe chez notre malade reste inexplicable par cette hypothèse.

Nous n'en connaissons pas actuellement d'explication satisfaisante. D'autre part, la question de savoir si l'anarthrie et l'alexie de notre malade doivent être considérées comme formant un tableau clinique qui relèverait d'une seule et même lésion bien déterminée doit rester ouverte également.

Nous avons voulu simplement étudier ce cas aussi soigneusement que possible et verser les résultats de nos observations au grand débat de l'aphasie et des agnosies.

LA TUBERCULOSE DES ALIÉNÉS

Organisation du dépistage et des soins antituberculeux dans un hôpital psychiatrique

PAR

MAURICE POROT, J. SUTTER et CH. BARDENAT

L'assistance aux aliénés tuberculeux a été l'objet, ces dernières années, de travaux assez nombreux et nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à apporter les résultats de notre expérience de la lutte antituberculeuse telle que nous l'avons organisée à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Alger). Les circonstances actuelles ne nous permettent pas de joindre des chiffres précis aux renseignements que nous apportons. Ces mêmes circonstances nous ont interdit les consultations bibliographiques qui nous auraient permis de comparer nos résultats avec ceux précédemment obtenus lors d'enquêtes et d'expériences analogues. Nous nous en excusons auprès de leurs auteurs.

E. Arnould (1), étudiant la mortalité tuberculeuse dans les asiles d'aliénés, arrive à la conclusion que cette mortalité tuberculeuse est quatre à six fois plus grande dans les asiles que celle de la population ordinaire d'âge correspondant à celui des aliénés. Ce seul fait suffirait déjà à justifier l'urgence et la nécessité d'une assistance rationnelle aux aliénés tuberculeux. Dans bien des cas, d'autre part, l'amélioration ou la guérison d'une tuberculose suffit à modifier de façon heureuse les troubles mentaux du malade. Il y a donc là une possibilité de thérapeutique étiologique trop certaine et trop précieuse pour être négligée.

Comme toute lutte antituberculeuse rationnelle, l'organisation de cette lutte à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique doit être conçue en plusieurs étapes. Les phases successives en sont le

(1) E. ARNOULD. — La mortalité tuberculeuse dans les asiles d'aliénés. *Revue de phthisiologie thérapeutique et sociale*, 1934, p. 64.

dépistage, le groupement des malades en vue d'un diagnostic précis et de soins spécialisés et, éventuellement, l'assistance après la sortie du malade.

I. Dépistage

Comme l'ont fait remarquer tous les auteurs, il est illusoire de compter sur les malades pour signaler de façon valable les signes subjectifs permettant de dépister une tuberculose commençante. Perrot (1) en donne, de façon fort pertinente, les raisons.

Trois moyens restent à notre disposition pour le dépistage : l'examen clinique, la radiologie, les examens biologiques. Il pourrait sembler nécessaire, pour un bon dépistage, que tous ces examens soient appliqués en même temps et de façon systématique à tous les malades. L'encombrement de l'hôpital psychiatrique de Blida ne nous a pas permis d'utiliser cette méthode qui, d'ailleurs, nous le verrons, n'est pas indispensable. Pratiquement on peut arriver à un résultat aussi bon de la façon suivante :

A. — En ce qui concerne l'examen clinique, tous nos malades à leur entrée sont examinés de façon très détaillée et notamment en ce qui concerne leurs appareils pulmonaire, ganglionnaire et ostéo-articulaire. D'autre part, quand le malade ne peut fournir de renseignements valables sur ses antécédents, l'enquête sociale peut, en général, combler cette lacune. Il y a là, par conséquent un premier filtrage sévère qui permet d'éviter les apports massifs de bacilles susceptibles de contaminer nos malades dont beaucoup, indigènes musulmans ruraux, ont une cuti-réaction négative.

Pendant leur séjour, outre les examens périodiques qui peuvent permettre de dépister une tuberculose passée inaperçue, la tenue régulière des feuilles de poids mensuel pour tous les malades, une observation attentive de la part du personnel infirmier permettent de déceler une tuberculose d'apparition récente : une baisse de poids régulière, une anorexie prolongée non justifiée par les idées délirantes ou le négativisme du malade (encore que ces cas méritent un contrôle phthisiologique fréquent), une toux, un mouvement fébrile, une expectoration anormale et, a fortiori,

(1) PERROT. — Les problèmes de la lutte antituberculeuse dans les asiles d'aliénés. Thèse Paris, 1936.

une hémoptysie, tous ces symptômes entraînent automatiquement un examen radioscopique de contrôle et, si besoin est, la prise d'un cliché radiographique.

Enfin aucune thérapeutique active par l'insuline, le cardiazol ou l'électro-choc n'est entreprise sans un examen radiologique préalable de sécurité, examen répété en cours de traitement si un signe quelconque le nécessite.

B. — On voit ainsi que l'examen clinique nous sert surtout à orienter les malades vers un *contrôle radiologique* qui est et reste la clef de voûte du dépistage.

Est-ce à dire que la radioscopie systématique soit indispensable ? Elle est certainement fort utile. Dans un service où le nombre des malades et surtout le nombre des entrées de nouveaux malades sont restreints il est certain qu'elle peut être envisagée. Mais il ne nous semble pas qu'elle soit absolument indispensable, à condition de faire des examens aussi nombreux et fréquents qu'il est nécessaire.

Outre l'examen radioscopique simple de tous les entrants sans exception, nous avons commandé, en 1942, l'outillage nécessaire à la *radiophotographie* de nos malades afin de pouvoir établir, à l'entrée, un cliché photographique de l'aspect radiologique du thorax de nos malades, cliché qui sera collé sur le dossier, à côté de la photographie d'identité que comporte ce dossier ; document précieux pour les contrôles ultérieurs éventuels. La prise de cliché sur film cinématographique que permettent les appareils type Leica permet un agrandissement plus que suffisant pour comparaison ultérieure.

Le contrôle radioscopique systématique de nos anciens malades nous paraît nécessaire, non pas de façon périodique, mais une seule fois, pour la prise de clichés radiophotographiques de chacun d'eux. Le prix de revient n'en est pas excessif. Ce premier contrôle général fait, et l'examen radiologique systématique de tous les entrants assuré, le contrôle ultérieur, justifié par les raisons cliniques indiquées plus haut, nous semble amplement suffisant.

Il ne nous semble pas que les 3 minutes 1/2 accordées par an à chaque aliéné par Colomb et Letailleur (1) puissent apporter plus de renseignements que la surveillance stricte des malades et l'examen radioscopique au moindre des signes signalés ci-dessus.

Nous ne pouvons, à ce sujet, que souscrire aux conclusions

(1) D. COLOMB et M. LETAILLEUR. — Essai de radioscopie systématique en milieu psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, mars 1944, p. 253.

d'un récent article de R. Even (1) : « La rareté de la tuberculose latente et la possibilité de la précession des symptômes cliniques sur les signes radiologiques sont deux raisons, parmi bien d'autres, qui expliquent le faible rendement et la sécurité trompeuse du dépistage systématique généralisé à tous les sujets et basé sur le seul examen radiologique. Il conviendrait de limiter ce dépistage à des cas précis, sujets suspects ou sujets exposés à une contamination familiale ou professionnelle et l'assurer par le triple examen clinique, bactériologique et radioscopique, tout en renforçant l'éducation des médecins et des malades. »

C. — Nous serons très bref en ce qui concerne le *dépistage biologique*. La population musulmane de l'hôpital psychiatrique de Blida représente les 2/3 de l'effectif des malades et la proportion des cuti-réactions négatives chez ces malades, pour la plupart ruraux, est certainement plus grande que chez les Européens. Il y aurait intérêt — nous ne l'avons pas encore fait — à faire une cuti-réaction systématique aux entrants et à refaire cette cuti-réaction tous les six mois, à tous les aliénés chez qui elle est négative, afin de dépister un virage éventuel qui entraînerait toutes les mesures habituelles de surveillance clinique et radioscopique et la recherche d'une source de contagé passée inaperçue.

Nous parlerons plus loin de l'examen des crachats.

Tels sont les moyens de dépistage qui nous semblent à la fois nécessaires et suffisants, demandent fort peu de temps et n'entraînent que des dépenses minimales. L'isolement de la population asilaire permet d'opérer en vase clos et d'éviter ainsi de laisser échapper des cas de tuberculose d'apparition récente. Mais il est une source possible de contagé qu'il convient de ne pas négliger : c'est celle que représente le *personnel* en contact avec les malades et il est bien certain qu'un dépistage systématique et périodique pourrait s'imposer de façon très utile. Nous ne l'avons établi, tous les 3 mois et à titre prophylactique, que pour le personnel du pavillon des tuberculeux.

II. Groupement des malades

La nécessité de grouper les malades atteints de tuberculose ne fait aucun doute. Elle se justifie tant pour les tuberculeux eux-

(1) R. EVEN. — De la fréquence respective des différents modes de début de la tuberculose pulmonaire chronique, *Presse médicale*, 6 mai 1944, n° 9, p. 130.

mêmes qui bénéficient de soins plus adaptés, que pour les autres aliénés pour qui ils représentent une source de contagion possible.

Comment grouper ces malades ? Dans une salle spéciale de l'un des pavillons ou dans un pavillon spécial ? Cela dépend de l'importance de l'hôpital psychiatrique. L'hôpital psychiatrique de Blida et ses annexes représentant une population de 1.600 malades justifiait entièrement la création d'un service spécial pour tuberculeux. Et les quelque 50 lits qui leur ont été affectés se sont révélés être un minimum.

Aussi nous semble-t-il que la meilleure solution à envisager est une solution de souplesse qui consiste à grouper d'abord les malades dans une ou plusieurs salles, en attendant l'aménagement d'un pavillon spécial pour tuberculeux, car il n'est pas souhaitable d'utiliser un pavillon quelconque pour ces malades. Ce pavillon doit, en effet, avoir des caractéristiques dont nous parlerons dans un instant et il vaut mieux, dans la mesure où la chose peut se faire, envisager la construction d'un bâtiment spécialement adapté à cette destination.

Quels malades mettre dans ce pavillon ? Les tuberculeux évidemment et eux seuls, à l'exclusion de tous autres malades atteints d'affection pulmonaire comme on pourrait avoir tendance à le faire et comme certains ont pu le conseiller. Faut-il ne mettre dans ce pavillon que les tuberculeux pulmonaires et les seuls tuberculeux pulmonaires en activité ? L'expérience nous a montré que non et cela surtout pour des raisons d'ordre pratique. Il faut grouper dans ce pavillon tous les tuberculeux de l'hôpital, qu'ils soient pulmonaires, pleuraux, osseux, ganglionnaires, etc... D'abord, parce que tous ces malades peuvent bénéficier largement des soins hygiéno-diététiques qui sont la base du traitement. D'autre part, il faut occuper en permanence le maximum de lits dans un hôpital le plus souvent encombré.

Pour éviter l'engorgement du service et pouvoir accepter, à tout moment, de nouveaux tuberculeux dépistés, tout en conservant tous les lits occupés, nous avons établi la régulation suivante.

Dans un pavillon de malades tranquilles une salle d'une quinzaine de lits est réservée comme « volant de sécurité » et, dans cette salle, peuvent être admis indifféremment des tuberculeux consolidés et des aliénés non tuberculeux. Les avantages alimentaires du pavillon des tuberculeux sont conservés aux malades de cette seule salle. Au pavillon spécial une liste, périodiquement révisée, est tenue à jour où les malades sont inscrits dans l'ordre où leur présence au pavillon semble indispensable ou seulement utile. Lorsqu'une place devient nécessaire,

le dernier malade de la liste est automatiquement muté sur la « salle de post-cure ». Une liste analogue y est tenue et le malade peut à nouveau, si son état le permet, être remis parmi les aliénés non tuberculeux lorsque sa place devient nécessaire pour un nouveau malade venant du pavillon des tuberculeux. Inversement, lorsque par sortie, par décès, une place devient vacante au pavillon, un des malades de la salle de post-cure, le premier de la liste, y retourne automatiquement. Il s'agit là, en somme, d'une sorte de sas qui évite à la fois l'engorgement et les vacances de lits prolongées. L'expérience nous a montré d'ailleurs que les tuberculeux non pulmonaires (ganglionnaires notamment) suffisent à assurer cette régulation et peuvent ainsi, sans encombrer le service, bénéficier des soins hygiéno-diététiques que réclame leur état.

Ce principe du groupement de tous les tuberculeux dans un pavillon étant admis, il convient maintenant d'envisager successivement les *caractéristiques des locaux*, le *matériel* nécessaire, le problème du *personnel* et enfin le *fonctionnement* de ce pavillon et les *soins* que l'on peut y donner.

A. — LOCAUX ET MATÉRIEL

1. *Caractéristiques générales*

Le bâtiment utilisé pour nos tuberculeux avait été primitivement conçu pour des grabataires. Il ne comporte pas de chambres de malades ni de dortoirs à l'étage supérieur. Cette disposition est à recommander car, si le système des étages est acceptable pour des dortoirs où les malades ne passent que la nuit, il est mal commode et dangereux dans un service où les malades doivent être allongés la plupart du temps.

D'autre part, de très larges dégagements et un service sanitaire très bien outillé sont indispensables dans un pavillon où les malades doivent souvent être transportés couchés, et où l'hygiène est aussi indispensable, plus encore peut-être en raison des dangers de contagion, que dans un service de gâteux.

Enfin, troisième caractéristique importante : le bâtiment doit être orienté face au Midi et une très large aération doit être prévue pour toutes les salles et chambres d'isolement.

2. *Salles de malades*

Il y a tout intérêt à grouper, autour de services spéciaux communs les tuberculeux des deux sexes de l'hôpital. Disons tout de suite qu'à condition de prendre des précautions simples

et sévères, aucun incident n'est à redouter du fait de ce voisinage. Un seul accès doit permettre de passer d'une section à l'autre et cet accès doit obligatoirement être sous une surveillance constante. Dans notre pavillon, il passe devant le bureau du chef de quartier dont la porte, vitrée, permet d'observer toutes les allées et venues. Nous avons fait purement et simplement condamner toutes les autres portes. Nous n'avons jamais, dans ces conditions, eu d'incident à déplorer.

Nous disposons au départ de quatre salles d'une dizaine de lits chacune. Le recrutement masculin de l'hôpital représentant les deux tiers de son effectif, nous attribuâmes, guidés aussi en cela par la disposition des salles, trois salles aux hommes et une seule aux femmes. Mais il fallut rapidement faire aménager une salle supplémentaire pour les femmes, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve de grouper tous les malades dans une seule salle. L'expérience nous a prouvé en effet qu'il fallait envisager au moins deux catégories de malades et trois si possible, ceci pour chaque sexe: les malades valides, relativement propres et dociles, les malades alités en permanence, et enfin les malades malpropres du fait de leur gâtisme ou de leur indocilité et qui crachent partout. Les malades de ces deux dernières catégories pouvant être à la rigueur groupés. Mais nous avons pu, chez les hommes, avoir ces trois salles de *valides*, d'*alités en permanence* et de *malpropres* alors que les femmes répondant aux deux dernières catégories ont dû être groupées et nous nous sommes aperçus qu'il ne peut s'agir là que d'un pis-aller.

Les raisons de ce groupement sont simples à comprendre. Il faut imposer le lit à certains malades pour qui la cure intégrale est tout à fait indiquée, alors qu'ils n'en ressentent apparemment pas la nécessité et qu'il est inutile d'essayer de les convaincre. Ils ne l'acceptent qu'à la condition qu'on leur présente la chose comme une discipline générale à laquelle sont soumis tous les malades de leur salle. D'autre part, ils ne peuvent tolérer de rester alités à côté de malades qui sentent mauvais et crachent partout, sur eux et autour d'eux. D'où ces groupements qui représentent un minimum indispensable.

A côté de ces salles il faut prévoir un nombre de *cellules* supérieur au chiffre existant habituellement dans les autres pavillons. Ces cellules ont en effet un double rôle: celui d'isoler des malades dangereux, bruyants ou agités; celui de servir de chambre d'isolement pour séparer de la communauté d'une part les malades par trop dangereux par leur sputation, leur malpropreté, et les moribonds, plus fréquents dans ce service qu'ail-

leurs et dont la vue impressionne beaucoup certains malades alités près d'eux en permanence. Il semble qu'il faille prévoir au moins une cellule pour six ou sept lits de salle commune. Mais il ne faut pas oublier que l'aération de ces cellules doit être plus largement prévue que dans une cellule de modèle habituel.

3. Services et matériel médicaux

L'installation spéciale propre à ce pavillon seule nous intéresse. Le minimum habituel des cabinets de pansements de chaque pavillon doit évidemment exister là comme ailleurs. Mais trois installations sont bien particulières ici et méritent qu'on s'y arrête : la salle médicale, l'installation radiologique, les galeries de cure.

La *salle médicale* est indispensable. Tous les malades devront y être vus et pouvoir, par conséquent, y être amenés. Rien n'est mal commode ni illusoire comme l'examen du malade dans son lit, sans possibilité d'examen radiologique, de ponction, etc... Il faut donc prévoir une salle bien chauffée, afin de pouvoir examiner les malades nus ou presque, possédant l'eau courante avec la possibilité d'installer sur un des robinets une trompe à eau pour les aspirations, un lit d'examen assez haut pour être pratique et qui servira en même temps de table pour les petites interventions : insufflations, ponctions, lavages, aspirations, etc... Un bon appareil à pneumothorax artificiel, type Kuss, par exemple, sera la base indispensable de toute thérapeutique active. Il faut prévoir sur le bureau deux négatoscopes pour examens comparatifs des radiographies pulmonaires. Dans l'armoire à pharmacie se trouveront, à côté des médications courantes, toutes les médications spéciales et d'urgence qui peuvent être nécessaires. Il faut y adjoindre deux obus d'oxygène vérifiés périodiquement afin d'éviter la surprise habituelle de les trouver vides en cas d'urgence. Dans un réduit voisin, une chaise roulante et un brancard sur roues permettront le transport des malades fatigués.

L'*installation radiologique* est certainement un des points les plus délicats à résoudre. Nous avons commencé le groupement de nos malades avant l'installation à l'hôpital psychiatrique de Blida d'un appareillage radiologique. Les premières radioscopies furent faites par un médecin de la ville voisine chez qui les malades étaient emmenés en ambulance quand besoin était. Dans les cas où un pneumothorax artificiel était indiqué, il fallait muter le malade sur le service de psychiatrie de l'hôpital civil d'Alger,

d'où il allait, pour ses premières insufflations, dans le service de phthisiologie de cet hôpital. Les insufflations ultérieures étaient faites à l'hôpital psychiatrique de Blida, pendant quelque temps sans contrôle radiologique. Cet appareillage ne put, pour des raisons d'ordre matériel, être installé que dans un service distant de plus de 100 mètres du pavillon des tuberculeux et ceci est une erreur qu'il convient d'éviter : il est anormal et dangereux de faire voyager ou marcher des malades souvent très fatigués ou qui viennent d'être insufflés. Aussi la solution la meilleure nous a-t-elle paru être dans l'application de ce principe que l'appareillage radiologique d'un hôpital psychiatrique doit se trouver au pavillon des tuberculeux. Nous disons au pavillon et non dans le pavillon, car cet appareillage doit servir à tous les autres services de l'hôpital. Aussi il convient de l'installer dans une pièce ou dans une construction spéciale accolée à ce pavillon et installée de telle façon qu'on puisse y accéder aussi bien de l'extérieur que de l'intérieur. Une simple entente permet de fixer les jours et les heures d'utilisation par le pavillon et par les autres services de cet appareillage, évitant ainsi tout malentendu et tout embouteillage. Cette salle de radiologie doit communiquer directement avec la salle médicale.

L'installation doit comprendre au minimum un appareil capable de faire les radioscopies et les radiographies et doit être flanqué des locaux nécessaires au développement des clichés.

Le problème des *galeries de cure* se pose également dans ce service. Il faudrait d'abord résoudre le problème des cures. Car on se doute qu'il n'est pas facile de faire admettre le repos à un agité, le silence à un hypomane bavard, la détente morale à un anxieux et, d'une façon générale, la discipline sévère que représentent les cures à des malades en majorité indociles et inconscients. Il n'empêche qu'avec un peu de patience, de bienveillance et de ténacité, on arrive parfaitement à obtenir de la grande majorité des malades le respect de la discipline de cure. C'est d'ailleurs au début que l'on a les plus grandes difficultés : quand l'habitude est prise par les malades du pavillon, le malade nouveau s'intègre beaucoup plus facilement à cette communauté et à ses exigences. Ce n'est d'ailleurs que la vérification sur un plan spécial d'un phénomène courant chez les tuberculeux qui viennent en sanatorium.

Il y a donc lieu de faire des galeries de cure. Elles seront orientées au sud et couvertes. Ce n'est pas notre désir d'indiquer ici le détail de ces installations amplement décrites par ailleurs. Une des grosses difficultés est d'obtenir des malades, qui consen-

tent en général à s'étendre sur ces galeries de cure, qu'ils ne s'exposent pas au soleil. Il peut être préférable de laisser certains malades alités en salle commune. L'installation au-dessus de la galerie de cure, et éventuellement devant elle, d'un lattis de roseaux entiers, procure une ombre très convenable et la légèreté de ce matériau permet d'en couvrir éventuellement toute une cour.

Les fauteuils de cure seront aussi confortables que possible, car c'est un des meilleurs moyens d'obtenir des malades le séjour allongé au repos. Les fauteuils du genre « transatlantique » que nous utilisons sont très insuffisants. Nous signalons enfin que certains malades se couchant obstinément à terre, nous avons fait faire des nattes sur lesquelles nos malades musulmans se trouvent même plus à l'aise que sur des lits ou fauteuils auxquels ils ne sont pas habitués.

4. *Services annexes*

Un pavillon de tuberculeux doit posséder en propre au moins deux services spéciaux : une cuisine et une salle de désinfection.

Il y a tout intérêt à faire cuire au pavillon, dans une *cuisine* spéciale les suppléments que l'on doit demander pour ces malades, notamment des œufs, des grillades ou des entremets qu'il est déplorable de voir arriver desséchés et souvent mal préparés de la cuisine centrale. La présentation, la sapidité des aliments et la variété des menus est indispensable pour des malades dont l'appétit est souvent minime car l'alimentation représente une des bases essentielles du traitement. Le but, difficile à atteindre, mais possible, est de faire dans ce pavillon une cuisine tout à fait à part. Elle permettrait aussi d'obtenir des régimes pour les tuberculeux présentant des troubles hépatiques ou intestinaux qui ne soient pas une répétition désespérante et peu appétissante des deux ou trois mêmes plats insipides.

Cette cuisine se justifie encore par la nécessité de diminuer autant que faire se peut les échanges de matériel entre ce pavillon et le reste de l'hôpital.

La vaisselle doit, bien entendu, appartenir en propre au pavillon et être en métal, afin de joindre à la solidité nécessaire dans un pavillon d'aliénés la possibilité d'une stérilisation par ébullition qui est des plus recommandable.

La *salle de désinfection* doit avoir un double but : désinfecter le linge avant de le remettre dans le circuit général de l'hôpital et servir à la désinfection des crachoirs (dont nous parlerons plus

longuement plus loin). Il existe pour cela des appareils spéciaux de stérilisation à la vapeur, parfaitement adaptés au but recherché.

B. — PERSONNEL

Le recrutement, l'éducation et la surveillance médicale du personnel affecté à ce service spécial représentent trois aspects d'un même problème.

Nous avons rencontré au début d'assez grosses difficultés dans le *recrutement* du personnel pour le pavillon des tuberculeux. En plus des qualités requises des infirmiers et des servants de salle affectés au service des malades mentaux, on doit demander à ces employés d'autres aptitudes, et, pour commencer, de vaincre cette répulsion qu'exercent les tuberculeux sur beaucoup de gens mal informés. C'est en effet cette répulsion et cette peur de la contagion, basées sur des notions erronées ou mal comprises, qui représentent le plus gros obstacle au recrutement. Il serait fâcheux d'affecter d'office le personnel à ce pavillon, car la qualité du travail et des soins en souffrirait. Aussi est-ce uniquement des volontaires qu'il faut y admettre ; et pour avoir ces volontaires il faut leur accorder des avantages matériels et moraux et leur donner des notions claires et simples, quoique sommaires, de ce qu'est la tuberculose et des précautions à prendre. L'expérience nous a montré que, sous ces deux conditions, il est parfaitement possible d'avoir, dans ce pavillon, assez de volontaires pour assurer un service correct et bien mieux exécuté qu'il ne le serait par des employés affectés d'office.

L'*éducation* est simple : elle se fait assez bien, quand le service fonctionne, par les employés entre eux et il est très fréquent de les voir venir demander au médecin des explications concernant quelques points précis sur lesquels l'accord n'avait pu se faire entre eux. Il est cependant indiqué d'expliquer en quelques mots au nouvel arrivant ce qu'est la tuberculose, la facilité avec laquelle les adultes peuvent se protéger contre elle moyennant quelques précautions élémentaires, dissipant ainsi cette inquiétude qui ne naît souvent que de la méconnaissance des faits précis. Le personnel s'adapte très facilement à ses nouvelles fonctions sous l'égide des anciens.

Nous avons pu obtenir également que la cheftaine de quartier (il est évidemment indispensable que ce soit une femme qui soit à la tête de ce quartier mixte) aille faire un stage d'un mois, aux frais de l'hôpital psychiatrique, dans un service phthisiologique

des hôpitaux d'Alger, sous la direction de monitrices et de médecins spécialisés. C'est une formation bien brève, mais préférable à une ignorance totale. Car nous n'avions pu obtenir, jusqu'à ces derniers temps, l'affectation, en sus du personnel de surveillance, d'une infirmière-soignante en possession de son diplôme d'Etat et ayant, par conséquent, fait un stage phthisiologique au cours de ses études.

Les *avantages* assurés à ces employés sont de deux sortes : matériels et moraux, ces derniers consistant essentiellement en garanties minima de surveillance et de protection.

Au point de vue matériel, nous avons pu obtenir l'attribution aux employés de ce pavillon d'une double indemnité : celle que touchent les employés affectés au service des malades pénibles ou difficiles, et l'indemnité dite « de contagion ». Ce double avantage financier a été pour beaucoup dans le choix du service par nombre d'employés.

En ce qui concerne la *protection*, elle consiste en quelques conseils simples d'hygiène élémentaire ; les employés portent obligatoirement dans le pavillon des calots ou voiles et des sarraux qui sont changés et lavés fréquemment (ce qui exige un supplément de savon de l'économat). Ils doivent porter pendant leur service des sandales ou espadrilles également fournies par l'hôpital, qu'ils mettent en arrivant et quittent en partant, afin de ne pas risquer d'emmener chez eux des germes ramassés sur le sol d'un service où il n'est pas toujours possible d'astreindre les malades à une hygiène aussi sévère que dans un hôpital ordinaire ou un sanatorium.

La *surveillance médicale* des employés est assez facile. Certaines des employées sont à éliminer a priori, par sécurité : les mères de famille avant des enfants en bas âge, les femmes enceintes ou qui allaitent. Il est bon aussi de muter, au moins provisoirement, du pavillon sur un autre service les employées en fonction qui viendraient à rentrer dans cette catégorie.

Tous les autres employés susceptibles d'être affectés à ce pavillon subissent une visite médicale d'entrée, complétée d'un examen radiologique et d'une cuti-réaction. Tous ceux qui ont une cuti-réaction négative, des antécédents ou des signes cliniques ou radiologiques permettant de mettre en doute leur résistance sont à éliminer sans hésiter pour éviter toute contestation ultérieure.

Une heureuse entente avec le Contrôle sanitaire du personnel de l'administration au Gouvernement général de l'Algérie (dont

relèvent les employés de l'hôpital psychiatrique de Blida), nous permet d'envoyer à une visite de contrôle, avant la prise de service, tous les employés affectés au pavillon des tuberculeux. D'accord avec le Contrôle sanitaire, le médecin du pavillon leur fait passer tous les trimestres une visite de sécurité, avec contrôle radiologique, et, au moindre doute, envoie une note au Contrôle sanitaire, qui fait examiner l'employé par un spécialiste et prend toute décision utile à son égard : arrêt du travail ou continuation, dans le pavillon ou dans un autre service. Ces quelques précautions et cette entente permettent à la fois d'éviter toute contestation sur le bien fondé des réclamations ultérieures du personnel et d'admettre, sans discussion, comme lui étant imputable, une tuberculose qui apparaîtrait en cours de service.

Nous n'avons pu — cela est compréhensible — faire étendre au personnel auxiliaire cet avantage réservé au personnel titulaire, mais, outre que nous évitons le plus possible d'utiliser les auxiliaires dans ce pavillon, nous avons pu leur faire attribuer tous les avantages matériels et les garanties médicales des titulaires.

Signalons en terminant que les employés ne peuvent être maintenus dans le pavillon des tuberculeux après trois mois de présence, s'ils manifestent le désir d'être affectés ailleurs.

C. FONCTIONNEMENT — SOINS

Ce que nous avons exposé plus haut de l'organisation du service nous dispensera de nous étendre longuement sur son fonctionnement. Le malade dépisté est muté au pavillon où il se rend, par mesure de sécurité, avec son linge de corps et ses draps qui seront désinfectés dans le pavillon des tuberculeux. Sa mutation entraîne le départ d'un malade dans la salle de post-cure, selon le mécanisme exposé plus haut.

Le malade est *mis en observation*. Une feuille double, destinée à servir de dossier physiologique au malade est ouverte à son nom dès son arrivée. Sur la première page de cette feuille sont notés les antécédents et les notes figurant au dossier psychiatrique pouvant apporter des renseignements sur l'ancienneté ou le mode évolutif de sa tuberculose (amaigrissements, poussées fébriles, toux, etc...). Les dates et résultats des examens de crachats, des radioscopies et radiographies sont relevés également. Le résultat de l'examen d'entrée au pavillon spécial, avec les schémas thoraciques, sont portés sur cette feuille au bas de

laquelle sont notés brièvement le diagnostic provisoire, l'impression générale et les décisions envisagées. Quelques mots rappellent le diagnostic psychiatrique et les mesures de sécurité à prendre éventuellement envers le malade lui-même (inélancolique, par exemple), ou envers les autres malades (impulsifs ou violents). Sur les autres pages de cette double feuille seront notés tous les renseignements d'ordre exclusivement phthisiologique pouvant intéresser le malade lors de son séjour au pavillon : examens cliniques périodiques, radioscopies ou radiographies, examens de laboratoire, etc...

La température est prise dès l'entrée, matin et soir, et notée sur des feuilles dont seules les deux ou trois dernières restent au dossier pour éviter l'encombrement de celui-ci lors des séjours prolongés, les autres feuilles étant conservées au pavillon, classées et facilement accessibles.

Le poids, noté mensuellement dans les autres services de l'hôpital, est ici relevé quatre fois par mois sur une feuille particulière.

L'examen de l'expectoration, enfin, permet de confirmer un diagnostic probable et d'affecter le malade à une des salles du pavillon selon le résultat fourni par le laboratoire. Il n'est pas toujours facile d'obtenir du malade qu'il expectore sur demande dans un récipient « ad hoc ». Certains malades ne le veulent pas, d'autres ne comprennent même pas ce qu'on leur demande, beaucoup enfin ne savent pas cracher et déglutissent leur expectoration. La seule solution qui nous ait donné toute satisfaction est le *tubage gastrique*, toujours relativement facile à effectuer chez ces malades, à la seule condition de le pratiquer par voie nasale. Cette voie a l'inconvénient d'imposer l'usage de sondes de calibre notablement plus petit que les sondes habituellement utilisées pour les lavages d'estomac : les grosses particules muqueuses et purulentes ne peuvent ainsi être aspirées. Mais le lavage de l'estomac avec 200 à 300 cc. d'eau bouillie donne des résultats bien suffisants. Le personnel, entraîné à sonder les sitiphobes ou les insulinés, pratique parfaitement cette manœuvre.

L'expectoration fournie par le malade ou le liquide gastrique obtenu par la sonde sont envoyés au laboratoire pendant 5 jours de suite, à moins qu'un résultat positif vienne rendre inutile la prolongation des recherches de bacilles. Ces examens sont répétés ultérieurement aussi souvent qu'il semble utile ou nécessaire.

S'il est difficile d'obtenir de certains malades qu'ils expectorent, il est plus difficile encore d'obtenir de certains autres qu'ils

le fassent de façon hygiénique et une des questions les plus difficiles à résoudre est d'obtenir une protection minima contre le danger que représentent ces crachats disséminés au hasard, parfois en grand nombre. La première mesure à prendre est de donner un crachoir au malade, si on peut lui en expliquer l'usage, s'il accepte de s'y soumettre et si ce crachoir ne risque pas de devenir un projectile entre ses mains ou celles de ses voisins, à moins encore qu'il ne s'en serve comme quart ou comme écuelle. La chose est tout de même possible pour un certain nombre de malades.

Si elle ne l'est pas, il faut maintenir au lit le malade afin de diminuer le rayon de ses projections nocives et les recueillir dans la mesure du possible. L'expérience a montré que le malade expectorait presque toujours à droite ou à gauche de son lit. Nous avons pensé fixer au sol, à ce niveau, de grands papiers que l'on pourrait changer fréquemment et brûler ; les circonstances ne nous ont pas permis cet essai et nous nous sommes contentés de répandre entre les lits une bonne couche de sciure de bois imbibée d'eau de Javel, souvent remplacée.

Il ne faudra pas hésiter, en dernier recours, à mettre en cellule les malades particulièrement indociles sur ce chapitre, afin de mettre à l'abri leurs voisins et le personnel. C'est une des raisons pour lesquelles le nombre des chambres d'isolement doit être plus grand dans ce pavillon que dans les autres.

Comme nous l'avons dit plus haut à propos de la cuisine, il faut obtenir pour ces malades des *suppléments alimentaires* et notamment de la viande, du lait et des œufs. Leur préparation sur place, sur laquelle nous insistons encore, est presque indispensable à leur présentation appétissante. Etudiant les raisons qui peuvent expliquer le taux très élevé de la mortalité tuberculeuse des aliénés, E. Arnould (*loc. cit.*) considère les restrictions comme la seule cause vraiment constante et décisive de cette hypermortalité. Il se base pour cela sur l'expérience de la guerre 1914-1918 ; l'expérience de la guerre actuelle ne peut malheureusement qu'apporter une confirmation à cette thèse.

La *thérapeutique* donnée à ces malades pourrait à elle seule faire l'objet d'un travail, mais excède le cadre de celui-ci où n'est envisagée que l'organisation des soins.

Mises à part les thérapeutiques symptomatiques habituelles des divers incidents évolutifs de la tuberculose, ainsi que les thérapeutiques dites toniques ou reconstituantes, la *cure d'air et de repos* et les différents modes de *collapsothérapie* résument le traitement de ces malades.

On comprend, nous l'avons vu, combien il est difficile d'imposer à des aliénés une discipline dont les gens normaux ne comprennent pas toujours l'utilité, l'efficacité et les exigences. Nous en avons déjà parlé à propos du matériel nécessaire à l'établissement des galeries de cure d'air et de repos. Cependant, c'est un élément trop important du traitement pour s'en désintéresser. La première chose à faire est d'établir un *horaire* aussi précis et aussi détaillé que possible, qui devra se plier en partie aux exigences de l'horaire général de l'hôpital (pour les heures de repas notamment) et à celui des changements d'équipe du personnel... Cet horaire fixera les heures de lever et de coucher, les heures de prise de la température et des repas ; enfin et surtout les heures pendant lesquelles les malades devront être en cure de repos allongé, au silence et au grand air, dans la mesure du possible. On peut, à ce sujet, donner comme indications générales la nécessité de faire lever les malades assez tard, de leur imposer une cure silencieuse de deux heures au moins après le déjeuner et d'une heure au moins avant chacun des deux principaux repas.

C'est le personnel qu'il faut d'abord éduquer, afin de bien lui faire comprendre que ces cures ne sont pas une simple utilité dans le traitement de la tuberculose, mais en représentent une des bases. Quand il l'aura bien compris, on obtiendra bien plus facilement de lui qu'il respecte ces horaires et, par une patience inlassable, qu'il surveille aussi rigoureusement que possible l'application de ces règles par les malades.

Notre expérience de la *collapsothérapie* se résume, pour ces malades, à la création et à l'entretien de *pneumothorax artificiels*. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette thérapeutique est presque aussi facile à appliquer aux aliénés qu'aux autres tuberculeux. L'injection de morphine lors des premières insufflations évite les réactions dangereuses et les suivantes sont acceptées avec passivité sinon sans grognements et gémissements, plus en rapport d'ailleurs avec l'ennui d'être dérangé qu'avec la minime douleur infligée. Ces manifestations d'humeur peuvent parfois gêner la mesure de la pression pleurale, exceptionnellement l'empêcher. En tout cas, nous n'avons jamais observé d'accident ou d'incident grave au cours d'une insufflation, dû au fait que le malade était un aliéné, et nous n'avons pas souvenir d'avoir dû renoncer, pour des raisons d'ordre psychiatrique, à créer un pneumothorax nécessaire.

Nous n'avons aucune expérience des sections de brides chez les aliénés ; l'expérience des insufflations nous permet de croire

qu'elles ne doivent pas être absolument impossibles chez quelques malades, mais il est fort probable que, sous anesthésie locale, il doit être bien difficile d'appliquer à certains d'entre eux une thérapeutique aussi délicate.

Nous ne savons rien non plus des possibilités de la collapsothérapie par thoracoplastie chez les aliénés, que nous n'avons jamais mise en œuvre. Les mêmes remarques que pour les sections de brides s'imposent ici.

III. L'assistance après la sortie

Dans le domaine de l'assistance après la sortie du malade, tout reste à faire. L'isolement et le groupement des tuberculeux dans un hôpital psychiatrique est une mesure de prophylaxie, mais, nous l'avons vu, elle n'est pas que cela. C'est aussi une mesure de traitement individuel et il serait regrettable qu'un traitement entrepris à l'hôpital psychiatrique, qui aura parfois permis la guérison ou une amélioration suffisante permettant la sortie du malade, soit abandonné après son départ de l'hôpital.

Le malade doit être, pour cela, instruit lors de sa sortie des soins qu'il doit poursuivre, des précautions qu'il doit prendre pour lui et pour les siens, et surtout il doit être mis en rapport avec un dispensaire qui le prendra en charge. Sauf s'il existe un dispensaire polyvalent — ce qui semble la solution la plus heureuse et la plus unanimement souhaitée à l'heure actuelle — il faudra l'adresser aux deux dispensaires antituberculeux et d'hygiène mentale où il sera suivi et surveillé au double point de vue phthisiologique et psychiatrique.



Nous venons d'exposer le résultat de notre expérience personnelle à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville. Nous n'avons pas la prétention de résoudre un problème qui se pose actuellement avec une insistance de plus en plus grande, puisque les uns après les autres, les hôpitaux psychiatriques créent leurs services de tuberculeux. Nous regrettons de n'avoir pu prendre connaissance des expériences entreprises ailleurs et qui nous auraient été fort utiles, et notamment celles de Villejuif, Chézal-Benoît, Clermont-de-l'Oise, Maréville et Maison-Blanche. Les résultats de ces expériences nous auraient sans doute évité de commettre certaines erreurs et c'est dans l'espoir d'en éviter

d'autres que nous n'avons, dans ce travail, pas séparé les faits des conclusions qu'ils nous ont suggérées.

Nous pensons avoir montré, après d'autres, combien nous étions convaincus de la nécessité de dépister et de grouper, dans des formations spéciales, les aliénés tuberculeux. Si cette solution d'un pavillon spécial dans chaque hôpital psychiatrique est nécessaire, est-elle suffisante ? Il ne le semble pas, et les propositions faites par D. Colomb et M. Letailleur (*loc. cit.*) de créer dans le cadre de l'organisation régionale de la Santé, des *hôpitaux psychiatriques sanatoriums*, semblent très judicieuses, dans l'intérêt des malades.

Mais si l'on se décide à créer de tels établissements doublement spécialisés, pourquoi, au lieu du plan régional, ne pas envisager plus simplement et plus utilement de les établir dans un climat dont le bénéfice viendrait s'ajouter aux soins donnés aux malades ? Les grandes stations françaises des Alpes, des Pyrénées, des Vosges seraient tout indiquées pour des établissements de ce genre dans lesquels on ne grouperait que les aliénés tuberculeux susceptibles de bénéficier de ce séjour. La proximité d'installations phthisiologiques modernes, la compétence et l'expérience de leurs médecins seraient d'une utilité incontestable pour ces malades.

Devront-ils être confiés à un psychiatre aidé des conseils d'un phthisiologue, ou à un phthisiologue éclairé par un psychiatre ? La question semble impossible à résoudre, si ce n'est par la conjonction des deux spécialités chez le même médecin qui pourrait appartenir à la fois au cadre des hôpitaux psychiatriques et à celui des sanatoriums publics.

Tout ceci appartient au domaine des prévisions un peu lointaines. Pour l'heure actuelle, un fait est certain : l'assistance aux aliénés tuberculeux est une nécessité pour eux et pour la collectivité que représente un hôpital psychiatrique. Il faut dépister ces malades aussitôt que possible, les grouper dans un pavillon spécialement construit ou tout au moins aménagé à cet effet, pourvu d'un personnel aussi spécialisé et dévoué que possible et enfin leur assurer l'application des thérapeutiques les plus modernes. Ces mesures permettront d'obtenir, non seulement au point de vue phthisiologique, mais encore dans le domaine psychiatrique, des résultats souvent étonnants, tant les traitements étiologiques restent la base de toute thérapeutique efficace.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 23 Octobre 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

M. LHERMITTE, *président*. — Messieurs,

J'ai la bonne fortune de saluer aujourd'hui parmi nous M. le Major TURQUET, de l'Armée Britannique, ainsi que M. le Major Ellis BONNELL et M. le Capitaine George PERKINS, de l'Armée Américaine. Au nom de la Société médico-psychologique, je suis heureux de souhaiter la bienvenue à nos collègues des armées alliées.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 26 juin 1944 et le procès-verbal de la séance du 10 juillet 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comporte :

une lettre de M. le D^r Frantz Adam, remerciant la Société des condoléances qui lui ont été adressées à l'occasion de la mort de notre collègue le D^r Emile ADAM ;

une lettre de candidature de M. le D^r LETAILLEUR, au titre de *membre correspondant national* ; une commission, composée de MM. H. EY, J. PICARD et J. RONDEPIERRE, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ;

une lettre de candidature de M. le D^r COTLON, Inspecteur général de

la Santé, au titre de *membre correspondant national* ; une commission, composée de MM. X. ABÉLY, GOURIOU et H. BEAUDOUIN, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; pour ces deux candidatures, le vote aura lieu à la séance du lundi 27 novembre 1944.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire non résidant

Une place de *membre titulaire* non résidant est déclarée vacante. Les candidatures, accompagnées d'un exposé des titres et travaux scientifiques, devront être parvenues au Secrétaire général avant le lundi 27 novembre 1944, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 18 décembre 1944.

Organisation d'une conférence à la Sorbonne sous les auspices de plusieurs sociétés savantes

Le Secrétaire général informe les Membres de la Société que, sur l'initiative d'un certain nombre de personnalités, une conférence du Général I. R. REES, Général psychiatre consultant de l'Armée Britannique, Médecin-Chef de la Tavistok Clinic de Londres, *membre associé étranger de la Société médico-psychologique*, aura lieu à la Sorbonne (Amphithéâtre Richelieu), le mercredi 25 octobre, à 15 heures.

La conférence est organisée sous les auspices de la *Société française de Psychologie*, de la *Société médico-psychologique*, de la *Société française de philosophie* et de la *Commission Générale d'Organisation scientifique* (C.E.G.O.S.). Elle est placée sous la *présidence d'honneur* de M. le Recteur ROUSSY et la *présidence effective* de M. le Professeur Pierre JANET. Elle aura pour titre : « Les problèmes psychologiques dans l'Armée Britannique pendant cette guerre ».

Commission de l'assistance psychiatrique

M. LIERMITE, *président*. — La commission désignée par la Société dans sa séance du 26 juin 1944 n'a pu se réunir en raison des événements. Les problèmes d'assistance gardant par contre les mêmes caractères d'acuité, il a paru désirable, tout en ajournant les travaux de la commission, de maintenir pour la séance de rentrée, à l'ordre du jour de la Société, le programme d'assistance primitivement envisagé.

Allocution de M. LHERMITTE, Président

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Pour la première fois depuis quatre ans, la Société médico-psychologique se retrouve dans un climat spirituel libre, dans une atmosphère morale purifiée et sereine, et cela est une joie pour tous, pour ceux qui ont particulièrement souffert et pour ceux qui ont dû subir la contrainte et l'oppression de l'étranger. Presque entièrement délivrée, la France se retrouve ; ses membres alanguis ou dispersés reprennent une vie nouvelle ; un sang plus vif coule dans leurs veines et, au travers du voile tissé des vicissitudes inévitables de l'heure, l'espoir luit d'une nouvelle jeunesse. Pendant les quatre années de l'occupation, la vraie France silencieuse s'est recueillie, elle a rassemblé ses énergies éparées, car elle n'a jamais douté de l'avenir. Nous savions, en effet, que les forces de tous alliés, dont le courage et la ténacité feront l'admiration de l'Histoire, ne céderaient jamais devant un vainqueur impitoyable, mais fragile par l'excès même de sa victoire. Ce que nous croyions, ce que nous désirions de toute notre âme s'est réalisé ; honneur à ceux qui ont combattu pour la plus juste des causes : la libération de l'esprit. Honneur aussi à tous ceux qui, en silence, ont travaillé dangereusement (et au prix de quelles angoisses, parfois !) à la délivrance de notre pays. Partout, la Résistance s'est affirmée, elle a organisé son armature à l'ombre du vainqueur d'un jour, et, au merveilleux soleil d'août, son rayonnement a étonné le monde. A cette Résistance, la Société médico-psychologique a sa part. Plusieurs de ses membres ont risqué leur vie pour elle, et à ceux-ci doit aller d'abord notre reconnaissance.

Mais, Messieurs, notre pensée ne se détache point, pour autant, de nos malheureux collègues qui, à l'exemple de Charles Richet, ont été déportés en Allemagne dans les camps que vous savez, et qui souffrent de leur patrie perdue et de leurs affections déchirées. Je voudrais que notre ami, le Professeur Lévy-Valensi, sache combien, tous ici, nous sommes de cœur près de lui pour participer à sa peine et partager ses soucis.

Pour nous qui nous sentons libres, enfin, de penser tout haut, pour nous qui n'entendons plus le martèlement monotone et sinistre de la piétaille hottée, ni la stridence de leurs fifres, ni leur chant guerrier qui résonnait le matin sous nos fenêtres, il faut penser que de nouvelles tâches nous appellent et que d'impérieux devoirs doivent entraîner notre activité. Rendons-nous cependant cette justice qu'e, malgré toutes les difficultés de l'heure, les embarras, les restrictions, la Société médico-psychologique n'a pas manqué à sa mission et que, non seulement elle a continué son activité, a organisé ses réunions, a produit des travaux, mais encore qu'elle a défendu, et parfois avec courage, les droits des malades qui nous sont confiés.

Dois-je rappeler, ici, notre effort collectif en vue d'améliorer dans toute la mesure des possibilités le régime alimentaire des aliénés ? Ai-je besoin de redire les appels de détresse que nous avons lancés devant le péril sans cesse grandissant de la disette des hôpitaux psychiatriques, de la mortalité et de la morbidité sans cesse grandissantes ?

Dès juin 1941, Sivadon et Quéroù signalent l'apparition de l'avitaminose, du type béri-bérique, à la Colonie d'Ainay-le-Château. Montassut, J. Durand et G. Ripert rapporteur des faits analogues, et Paul Abély, suivi par Beaussart et Guiraud, jette un cri d'alarme à propos des états de carence, qui se multiplient dans les hôpitaux psychiatriques. Puis, ce furent les communications présentées par J. Dublincieu, Bessière, Brissot et Talairach, où l'on voit les manifestations carentielles aller sans cesse grandissant. Et Ceillier n'hésite point à écrire : « Dans certains Etablissements psychiatriques, la ration alimentaire est nettement inférieure à ce qui est nécessaire pour le maintien de la vie ! » Ne voit-on pas aussi la mortalité des aliénés hospitalisés passer dans quelques asiles de 2,6 0/0 à 32,4 0/0.

Ces états carentiels, qui se spécifiaient surtout par des œdèmes, des infiltrations séreuses généralisées, s'avéraient trop souvent d'une exceptionnelle résistance à la réalimentation et aux médications qui eussent dû être les plus efficaces ; réversibles pendant leur période initiale, ces altérations du métabolisme devenaient rapidement irréversibles et entraînaient la mort des malheureux, qui vous accueillaient avec ce cri de désespoir : « J'ai faim, j'ai faim ! » A côté de ces œdèmes de carence, dont certains des nôtres, tels que Brissot et Delage, ont voulu trouver l'origine dans une insuffisance surrénale, nous avons montré une autre variété de désordres liés eux aussi à la sous-alimentation : le coma hypoglycémique spontané des vieillards soumis au régime carencé. Brutalement, à la manière d'un ictus apoplectique, nos hospitalisés étaient frappés d'inconscience absolue et succombaient peu d'heures après à l'attaque, alors que le taux du glucose sanguin s'abaissait entre 0,30 et 0,10 centigrammes. Encore que le diagnostic fût établi immédiatement et la médication spécifique mise en œuvre, la terminaison fatale ne pouvait généralement pas être évitée, les altérations tissulaires, et singulièrement la dégénérescence de l'hypophyse glandulaire, étaient d'emblée irréversibles.

Bien que nous ayons eu à déplorer trop de cas malheureux, la situation put être rétablie et la crise fut surmontée.

Mais, Messieurs, la Société médico-psychologique n'a pas à feuilleter dans sa récente histoire que des pages sombres ; comme je l'ai rappelé, son activité scientifique et désintéressée s'est manifestée dans tous les domaines de la Médecine de l'esprit et, si l'on m'en demandait un témoignage, je le prendrais dans ce magnifique fascicule du Centenaire, édité grâce à l'activité admirable et sans fléchissement de notre ancien secrétaire général, le rédacteur en chef des

« Annales médico-psychologiques », le docteur René Charpentier. Les meilleurs d'entre nous ont été appelés à donner une vue de tous les plans de la psychiatrie, entre autres M. Marchand, sur les perspectives anatomo-pathologiques, M. Dechaume, sur les Rapports entre la physiologie et la psychiatrie, M. Chatagnon sur les relations qui s'avèrent chaque jour plus intimes entre les désordres de la sphère psychique et les déséquilibres bio-chimiques, MM. Paul et Xavier Abély sur les répercussions des sécrétions hormonales sur l'activité psychique ; M. Jean Delay nous a tracé un tableau tout ensemble clair et précis des tendances modernes de la psychologie. M. Guiraud nous a livré les fruits les meilleurs de ses méditations sur l'évolution des idées relatives à la démence, M. Laignel-Lavastine, ceux de son expérience sur les troubles sympathiques.

Tout cet ensemble, fort harmonieux, présenté de main de maître par René Charpentier, constitue une œuvre collective remarquable en ce qu'elle montre ce que peut donner notre groupement quand ses membres veulent s'unir dans un effort commun et nous est pour l'avenir immédiat une grande espérance.

Oui, nous ne le savons que trop, et on ne nous l'a que trop souvent répété : la France, en juin 1940, mal armée et défaillante, a succombé à la puissance d'armes mécaniques dont elle était insuffisamment dotée, mais n'est-ce pas le caractère même de notre pays d'être de ceux dont les fléchissements surprennent autant que ses relèvements les plus éclatants, ainsi que le remarquait avec force le Cardinal de Richelieu.

Et s'il était des Français qui pussent en douter, je dirais ceci : Croyez-vous que, en ce début du xv^e siècle, tandis qu'Armagnacs et Bourguignons s'entre-déchiraient et écartelaient, avec la passion et la violence que l'on sait, le Royaume de France, en le menaçant « de descendre au tombeau » selon le mot de Sully, la grande pitié du Royaume ne dépassait point notre actuelle inquiétude ? Pensez-vous aussi que le temps affreux où le monde chrétien se voyait tout ensanglanté par la tourmente partisane qui mettait aux prises Catholiques et Protestants, Ligueurs et Huguenots, Guisards et Calvinistes, n'entraîna pas la plus profonde détresse de l'âme des Français, qui voyaient leur patrie divisée contre elle-même, guettée par l'étranger et presque en instance de mort. Rappelez-vous aussi Waterloo et Sedan, ces deux fins tragiques de l'oncle et du neveu, qui nous ont conduits au bord de l'abîme.

Oui, la France, bien souvent, a vécu dangereusement ; mais, après avoir touché le péril de mort, elle s'est rapidement ressaisie, et, reprenant ses armes matérielles et spirituelles, elle a vaincu ceux qui l'avaient frappée.

Certes, l'heure présente est sévère ; les années que nous allons vivre seront difficiles mais ne doutons pas, mes chers collègues, qu'animée de la foi ardente qui se répand dans le monde, la jeune génération ne conduise notre Patrie à son plus haut destin,

Décès de M. le D^r Maurice Olivier, membre titulaire

Tant de jeunes vies sont tranchées dans leur fleur par l'effroyable fléau de la guerre, cette inlassable pourvoyeuse de la Mort, qu'on ne prend guère garde à ceux qui, obscurément et dans le silence, nous abandonnent, frappés, eux, non par la violence des armes mais par un effet aussi redoutable parfois : l'affliction. Notre confrère et ami, Maurice Olivier (de Blois) appartient à cette cohorte de Français que le sort malheureux de nos armées en 1940 a atteints au plus profond d'eux-mêmes et qui, lentement, ont dû s'abandonner à leur funeste destin.

Pendant les premiers mois du conflit, bien qu'éloigné des fonctions municipales qu'il avait assumées pendant de longues années, Maurice Olivier se dépensa autant que ses forces le lui permirent pour organiser les secours dans la ville de Blois à laquelle il demeura toujours profondément attaché ; sa tâche était ingrate et difficile, mais il la réalisa pleinement ; puis survint l'effondrement de notre armure : Olivier éprouva alors une blessure cardiaque qui ne guérira jamais plus. Obligé de se réfugier dans les inconfortables abris de l'Evêché ou du Château, notre confrère voit ses forces décliner, sa chère compagne elle-même est profondément ébranlée, alors tristement Olivier quitte sa chère ville de Blois pour se retirer dans un pavillon attendant au Château de Saumery, en cette Clinique du Centre qu'il avait fondée et qu'il dirigeait de main de maître, de 1937 à 1942. Mais il était trop tard, déjà le mal était fait et se montrait irréparable. Malgré les soins et l'affection dont il ne cessa d'être entouré, Maurice Olivier succomba à un nouvel infarctus du myocarde dans la nuit du dimanche 16 juillet. Sous un ciel tendu d'azur et illuminé par le plus beau soleil de l'été, Olivier fut conduit à sa dernière demeure, au milieu du paysage qui avait été sa dilection, suivi seulement par ses proches, car la France était alors en pleine bataille.

*Tous ceux qui ont connu Maurice Olivier ont ressenti à l'annonce de sa mort une peine profonde, car chacun savait quels avaient été sa probité, son humanité, sa bonté, la cordialité de ses rapports et le dévouement inépuisable qu'il avait prodigué non seulement à ceux qu'il était chargé de guérir, mais aussi à ses administrés. Le destin a voulu qu'Olivier fit toute sa carrière à Blois. Interne dans cette ville, il passe le concours des asiles psychiatriques en 1907 ; nommé ensuite médecin à l'hôpital de Saint-Ylie, Olivier y demeure deux années au titre de médecin-adjoint. Mais l'air, la sévérité austère des montagnes du Jura ne lui conviennent pas ; il revient, dès qu'il le peut, dans sa ville de Blois, dès 1909. D'abord médecin-adjoint, il occupe ensuite les postes de médecin-chef puis de médecin-directeur. Pris par la retraite en 1937, Olivier organise la Clinique médicale du Centre, au château de Saumery, tout proche de la forêt de Chambord, où il devait être frappé à mort en juillet.

Olivier faisait partie, au titre de membre titulaire, de notre Société, depuis 1930. Il put déployer ses qualités d'organisateur lorsqu'eut lieu le Congrès des aliénistes à Blois en 1927. Dois-je rappeler aussi, encore que ce soit dans toutes les mémoires, qu'Olivier fut le président du Congrès des aliénistes et des neurologistes tenu à Nancy en 1936, après avoir été vice-président du Congrès de Bâle en 1935, que son talent d'administrateur lui avait permis de donner une nouvelle vie à la Fondation Dessaigne, destinée aux enfants. C'est sans doute cette passion d'organiser, dont était possédé Olivier, qui le détermina à s'orienter dans la voie de la politique militante et, après son affiliation au Parti S.F.I.O., lui permit d'obtenir la situation, qu'il souhaitait, de Maire de la ville de Blois, et qu'il devait tenir pendant de longues années, de 1925 à 1940.

Administrateur, tout ensemble hardi, ferme et prudent, Olivier se montra aussi courageux à la guerre que décidé dans ses devoirs civils. Médecin de régiment dès août 1914, Olivier reçoit la Croix de Guerre en 1916, à la suite de la bataille de la Somme, et la Croix de la Légion d'Honneur en 1929.

Esprit essentiellement constructif et réalisateur, Olivier devait s'intéresser surtout, en médecine mentale, aux problèmes d'assistance aux malades ainsi qu'aux thérapeutiques nouvelles qui, depuis 1919, s'installaient dans le monde, et singulièrement des applications des méthodes de choc en psychiatrie, qu'il s'agisse du cardiazol ou de la sismothérapie.

Que dire de l'homme, sinon qu'il se montra toujours un vrai fils de France, qu'il portait en lui la gentillesse, la courtoisie, la générosité, la franchise, le courage civique et militaire, et que, Français de France, ce n'est pas lui qui jamais eût pu douter, malgré la tristesse de certaines heures, de la destinée glorieuse de son pays.

CENTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE D'ANTOINE RITTI

Notes biographiques sur la formation et les débuts
d'Antoine Ritti, par M. Georges COLLET.

Messieurs, Antoine Ritti est né le 6 février 1844, à Strasbourg.

Votre bureau vous convie à honorer, aujourd'hui à l'occasion du centième anniversaire de la naissance d'Antoine Ritti, la mémoire d'un membre de notre Société, qui fut, pendant trente-huit ans, son secrétaire général, et, pendant trente-cinq ans, rédacteur en chef des *Annales Médico-Psychologiques*, son bulletin officiel.

Cette commémoration avait été prévue pour la séance de février

dernier. Nous l'avons ajournée, dans l'attente du jour qui devait nous rendre la liberté d'exprimer nos sentiments et de parler sans contrainte de l'Alsace, province française. Notre espoir n'a pas été déçu ; et, si nous ne pouvons encore nous réjouir de la libération du pays natal d'Antoine Ritti, nous sommes bien certains que la nouvelle captivité de Strasbourg ne se prolongera pas au delà des prochains mois.

J'ai sollicité l'honneur d'être, en cette occasion, le porte-parole du Bureau. Il se trouve que les fonctions de trésorier, que vous avez eu la bienveillance de me confier, m'ont mis pendant huit ans en relation avec Mme Ritti, et qu'il m'était facile d'obtenir d'elle quelques renseignements biographiques intéressants sur Antoine Ritti.

Mme Ritti est malheureusement décédée le 12 juillet dernier à Rueil-Malmaison. J'avais pu correspondre avec elle dans les mois qui ont précédé sa fin, et lui faire une visite au mois d'avril. Savoir que notre Société avait décidé d'honorer la mémoire de son mari, en cette année 1944, avait été pour elle une dernière joie, au milieu des souffrances pénibles qui allaient en s'aggravant (1).

La meilleure façon d'honorer la mémoire d'un homme qui a écrit de nombreuses pages est sans doute d'en relire quelques unes. On peut reprendre l'*Histoire de la Société médico-psychologique* de Ritti, et les éloges, notices et discours qui la suivent ; feuilleter les *Annales* et le *Dictionnaire Dechambre*, ou le *Traité clinique de la folie à double forme* ; rechercher les articles consacrés par Ritti à l'exposition et à la défense de la philosophie positive. Tout mérite d'être consulté. Il est également recommandable de lire, ou relire, la notice si pénétrante, si riche d'informations sûres et d'impressions délicatement exprimées, que notre très distingué confrère et ami, Georges Vernet, a composée sur son Maître, au lendemain de la mort de celui-ci (2).

(1) Mme Ritti, née Eugénie-Marthe Patin de la Fizelière, était la fille d'un polygraphe estimé, essayiste, publiciste et surtout critique d'art. (Voir : *Albert de la Fizelière, homme de lettres*, notice nécrologique par P.-L. Jacob, bibliophile, Paris, Aubry, 1878. Extrait du *Bulletin du Bouquiniste* du 15 mars 1878, in-8°, 16 p. — Albert-André Patin de la Fizelière, né à Marly (Moselle) le 8 août 1818, décédé le 11 février 1878, descendait de Guy Patin, dit P.-L. Jacob). — Mme Ritti était peintre et sculpteur. Elle était âgée de 27 ans lorsqu'elle épousa, en 1895, A. Ritti, qui était veuf. Elle avait été instituée usufruitière du capital que M. Ritti a légué à la Société médico-psychologique par son testament. Les revenus de ce capital seront désormais affectés à la constitution d'un prix, destiné à récompenser, selon les intentions du donateur, un travail sur la pathologie ou la thérapeutique des maladies mentales.

(2) V. *Annales médico-psychologiques*, année 1920, pages 99, 239 et 385.

Je n'ai pas l'intention de refaire cette notice, excellente en tous points, et qui est suivie d'une bibliographie fort instructive pour ce qui concerne l'activité intellectuelle de Ritti et la fécondité de sa plume. Je n'ai pas davantage le désir de vous présenter un éloge académique, à la façon de Loiseau, de Motet et de Ritti lui-même. Je veux, sans plus, vous communiquer sommairement quelques renseignements biographiques que j'ai rassemblés, et qui complètent la notice de Vernet.

La formation intellectuelle et morale de Ritti en Alsace ; son adhésion aux doctrines positivistes ; ses débuts d'aliéniste à Paris ; sa vocation de journaliste médical ; son entrée à la Société médico-psychologique ; le concours qui le plaça à la Maison Nationale de Charenton, sont les sujets auxquels je veux limiter mon exposé.

Au préalable, permettez-moi de vous rappeler, pour caractériser l'époque où est né Ritti, pour le situer parmi ses contemporains, quelques événements de l'année 1844. Cette année vit naître, chez nous, Anatole France et Paul Verlaine, et, chez eux, nos ennemis, un écrivain dont certains disciples ont cultivé un délire infiniment plus pernicieux que celui où leur maître termina son existence, je veux dire Frédéric Nietzsche.

Sont nés aussi en 1844 : Edouard Branly, Henri Huchard, qui devait écrire, en collaboration avec Axenfeld, le *Traité des Névroses*, et devenir un ami de Ritti ; Labadie-Lagrave, qui traduira le *Traité des Maladies Nerveuses* de l'Américain Hammond ; Doulrebente et Paul Moreau (de Tours) dont vous connaissez les travaux.

L'activité psychiatrique de l'année 1844, en France est celle d'une belle époque (1).

La philosophie d'Auguste Comte, à laquelle Antoine Ritti s'attachera avec ferveur, connut l'aurore de sa gloire en cette année 1844. « De 1830 à 1842, écrira Ritti, pendant que paraissait le *Cours de Philosophie Positive*, l'un des plus grands, sinon le

(1) L'Académie de médecine, en avril, entend une lecture de Baillarger sur l'*Hérédité* ; en décembre, elle lui attribue le prix Civrieux pour son mémoire sur les *Hallucinations* ; un autre prix couronne le travail de Mieha : *Du délire des sensations* ; Pariset lit l'éloge d'Esquirol ; Peisse réédite Cabanis ; Scipion Pinel publie son *Traité de Pathologie cérébrale* ; Brachet son ouvrage sur l'*Hypocondrie* ; Achille Foville père, son *Traité complet de l'Anatomie du système nerveux* ; Etoc-Demazy ses *Recherches sur le suicide*. Les *Annales médico-psychologiques* insèrent des mémoires de : Aubanel, Baillarger, Billod, Brière de Boismont, Cerise, Lasègue et Morel, Lélut, Longet, Lunier, Macario, Joseph Moreau (de Tours), Ulysse Trélat.

Trente-trois ans plus tard, Antoine Ritti rencontrera encore aux séances de la Société médico-psychologique un certain nombre des aliénistes dont on vient de citer les noms,

plus grand livre du siècle, aucun journal, aucune revue périodique, — en France, du moins, — ne fit mention de cet ouvrage, soit pour l'apprécier, soit pour le critiquer ; les publicistes et les penseurs de l'époque semblaient ignorer son existence. Il faut arriver à la fin de 1844 pour trouver la première manifestation publique en faveur de la nouvelle doctrine ; elle est due à M. Littré, qui rompit ce silence en quelque sorte systématique dans une série d'articles que publia le *National*. » (1).

Enfin, je n'aurai garde d'oublier que l'année 1844 vit se nouer l'entente cordiale entre la Grande-Bretagne et la France. La reine Victoria, dans sa vingt-cinquième année, avait décidé, de sa propre initiative, l'année précédente, de faire une visite à Louis-Philippe. Le roi des barricades attendait depuis quatorze ans la première visite d'un souverain étranger. Bien que l'affaire de Tahiti eût vivement agité l'opinion publique, de part et d'autre de la Manche, l'apaisement était obtenu, lorsque Louis-Philippe rendit sa visite à la reine et fut reçu au château de Windsor, en octobre 1844. « Un souverain français sur le sol d'Angleterre, dit Thureau-Dangin, cela ne s'était pas vu depuis que Jean II y avait été mené prisonnier après la bataille de Poitiers ».

Un siècle écoulé, au court séjour de Louis-Philippe à Windsor répondent les quatre années d'hospitalité britannique, pendant lesquelles le futur président du gouvernement provisoire de la République Française et d'autres patriotes ont préparé notre libération. Ainsi s'est consolidée, en un siècle, une amitié désormais si vivace qu'il semble bien que rien ne puisse jamais l'altérer.

Les années d'enfance d'Antoine Ritti s'écoulèrent à Strasbourg « à l'ombre de la cathédrale ». Il était le deuxième enfant de parents qui en eurent dix-huit. Son père exploitait une fabrique de pâtés de foies gras. Dans ce milieu familial honnête et laborieux se forma le caractère du futur médecin, qui devait être, pour plusieurs générations d'aliénistes, un modèle d'intégrité, de conscience professionnelle, de dévouement à l'intérêt général.

Les parents d'Antoine Ritti étaient de fidèles catholiques. Sa mère avait pour oncle paternel l'évêque de Strasbourg, Mgr Raess. On peut présumer que celui-ci exerçait sur ses proches une influence notable. Mais Antoine paraît s'y être dérobé totalement, dès que s'éveilla en lui le sens critique. Entre le grand-oncle et le

(1) A. RITTI. — *Un chapitre de l'Histoire du Positivisme* (à propos de l'ouvrage de L. LÉVY-BRÜHL : *La Philosophie d'Auguste Comte* ; *Revue occidentale*, tome 25, Paris, 1902, p. 199).

neveu on discerne des ressemblances manifestes ; entre leurs idées et leurs tendances, on relève des oppositions irréductibles. D'autre part, ce grand-oncle tient une place importante dans l'histoire de l'Alsace au XIX^e siècle. Permettez-moi, pour ces raisons, je vous prie, d'entrer à son sujet dans quelques détails.

L'abbé Raess, né en 1794, fils d'un vigneron de Sigolsheim, près de Colmar, fit ses études ecclésiastiques à Mayence et d'excellentes études françaises à Nancy. Il possédait également les deux langues, allemande et française, écrivait dans les deux langues, prêchait aussi en dialecte alsacien, et il fut remarqué, en 1870, lorsqu'il prit la parole en latin, au concile du Vatican, pour la pureté et l'élégance de son style. Les quelques discours, en français que j'ai lus de lui, vous convaindraient qu'il fut un orateur de qualité. J'ai appris, d'autre part, qu'on le tenait pour un causeur des plus spirituels.

Mgr Raess fut un homme d'une grande activité. Il écrivit de nombreux ouvrages religieux, tant en allemand qu'en français, seul ou en collaboration : traductions, compilations, œuvres originales. Au total, il publia plus de cent volumes. Professeur, directeur de séminaire, il enseigna de nombreux prêtres. Evêque, il fonda plusieurs institutions ecclésiastiques, et il administra les finances de son diocèse avec une habileté qu'on admira.

En 1840, l'abbé Raess fut nommé coadjuteur de l'évêque, très âgé, de Strasbourg, Mgr Le Pape de Trévern, et il lui succéda en 1842. Il occupa son siège épiscopal jusqu'à sa mort, en 1887.

Un prélat n'est pas, durant quarante-sept ans, à la tête d'un important diocèse, où trois religions s'affrontent, où les passions politiques sont vives et les instincts combatifs, sans encourir des jugements sévères, sans s'exposer à des inimitiés durables. L'abbé Raess avait été considéré, d'abord, comme un prêtre d'esprit libéral. Il avait entretenu des relations courtoises avec les pasteurs et les rabbins de son pays. Toutefois, lorsque les doctrines de l'abbé Bautain, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Strasbourg inquiétèrent l'opinion catholique, il prit parti contre l'abbé et se montra très intransigeant.

Devenu évêque, Mgr Raess mena, semble-t-il, une politique active et assez intolérante contre les protestants et les incroyants de son diocèse. Deux Alsaciens, Scheurer-Kestner et Staehling, entre autres, qui furent ses adversaires, l'ont traité durement dans leurs ouvrages.

C'est sous ce titre : *Un prélat germanisateur en Alsace*, que Ernest Hauviller, dans la *Revue Historique* de 1937, a exposé la

politique favorable à l'Allemagne, qui fut, d'après lui, celle de Mgr Raess durant toute la longue carrière de cet évêque. La sévérité de ses compatriotes alsaciens à l'égard de Mgr Raess s'est fondée, en partienlier, sur l'attitude qu'il prit, en 1874, au Reichstag. L'Alsace-Lorraine, pour la première fois, avait élu des députés. Tous, y compris Mgr Raess, étaient des protestataires ; ils refusaient toute adhésion au traité de Francfort. Ils avaient rédigé, en commun, une protestation énergique contre l'annexion de leurs départements français à l'Empire d'Allemagne. L'un d'eux, Teutseh, la lut dans la première séance du Reichstag, au milieu des sareasmes et des injures des députés allemands. Or, aussitôt après, Mgr Raess demanda la parole et déclara qu'il n'était pas dans ses intentions et dans celles de ses coreligionnaires de remettre en question un traité conclu entre deux grandes nations. Beaucoup d'Alsaciens, et Antoine Ritti ainsi que ses frères furent du nombre, ne pardonnèrent jamais cette défection à l'évêque de Strasbourg. Les partisans de celui-ci ont affirmé, pour la justifier, qu'une lettre, qui devait rester secrète, avait été remise de la part du maréchal de Mac-Mahon au prélat-député avant la séance. Cette lettre lui demandait de s'opposer à tout ce qui pourrait contrarier Bismarck et donner à celui-ci un prétexte pour déclarer une nouvelle guerre à la France. Mais les suggestions d'un maréchal égaré dans la politique devaient-elles l'emporter contre l'unanime décision de patriotes éprouvés ?

Antoine Ritti a été, comme son grand-oncle, un travailleur infatigable. Il s'est dévoué, comme lui, à ses ouailles ; je veux dire aux membres de la Société médico-psychologique, aux collaborateurs et aux lecteurs des *Annales*, et aux pauvres malades de Charenton. Mais il s'est montré constamment fidèle à ses sentiments nationaux. Il a opté pour la France en 1872, ainsi que ses deux frères. Il était très attaché à ses opinions politiques et à ses idées philosophiques ; mais il a toujours accordé une tolérance absolue aux croyances d'autrui ; il était d'une parfaite courtoisie dans toute discussion.

Mgr Raess avait fondé, en 1852, un collège libre à Colmar. Cet établissement se développa rapidement et connut de nombreuses années de prospérité. Antoine Ritti et ses frères y firent leurs études secondaires. Les sentiments à l'égard de la France qui inspiraient les maîtres de cette institution font contraste avec ceux du fondateur. Ils se manifestèrent en 1872, lorsque le gouvernement allemand mit les professeurs en demeure de se conformer à ses décrets sur les établissements scolaires. Ils transférèrent leur

collège sur le sol alsacien demeuré français, à Lachapelle-sous-Rougemont, Territoire de Belfort. Ils y reçurent de nombreux enfants d'Alsaciens fermement attachés à la France. Et même, ce collège catholique, se montrant en l'occurrence d'un libéralisme insigne, accueillit, venant d'Alsace, des élèves juifs dont les parents, par sentiment français, n'acceptaient pas l'enseignement du lycée allemand de Colmar. On compta, en certaines années, à Lachapelle, trente et même quarante-cinq élèves israélites. Puis le recrutement des élèves diminua vers 1885 et le collège disparut en 1890. Les Alsaciens, dont le patriotisme s'était entretenu dans cette ambiance, publièrent plus tard une *Histoire du Collège libre de Colmar-Lachapelle*. J'admire sur la couverture en couleurs de cet ouvrage imprimé à Colmar, sous la domination allemande, en 1908, un drapeau français cravaté de crêpe ; il y symbolise, très clairement, le sentiment national français qui fut celui de l'Alsacien Antoine Ritti, comme de tant d'autres de ses compatriotes (1).

C'est vraisemblablement lorsqu'il suivit, au Collège libre de Colmar, le cours de philosophie, qu'Antoine Ritti prit une première idée des doctrines positivistes. L'abbé Aloyse Gùthlin, qui y enseignait la philosophie, s'intéressait passionnément à ces doctrines, mais pour les attaquer et les abattre. Et il y employait une verve mordante, parfois même injurieuse. Les termes dont il use pour critiquer Auguste Comte, Littré, Taine, Renan et quelques autres, sont d'un polémiste, non d'un philosophe, et nous paraissent d'une injustice inexcusable. Les études sur le positivisme (2) de l'abbé Gùthlin, publiées d'abord dans « *La Revue Catholique de l'Alsace* », furent éditées en 1865, et rééditées en 1873. Il n'est pas douteux que l'abbé Gùthlin, vers 1860, lorsqu'il enseignait Antoine Ritti, n'ait mis ses élèves en garde contre les dangers de la contagion positiviste. Maurice Barrès a dit du héros de ses premiers livres : « Il se passionnait pour les doctrines audacieuses qui sont mieux exposées que réfutées par la lignée classique qui va du charmant Jouffroy à M. Caro. Là est le grand secret de l'éducation d'un jeune homme : il s'attache aux auteurs qu'on prétendait ne lui faire connaître que pour les accabler à ses yeux. » Il n'est pas interdit de penser que telle aventure marqua l'année de philosophie d'Antoine Ritti.

(1) Un vol. in-8° de viii-366 pages, illustré, Colmar, imprimerie Paul Jung, 1908.

(2) *Les Doctrines positivistes en France ; étude sur les œuvres philosophiques de MM. Littré, Renan, Taine et About*, Paris, 1865, grand in-8°, xiv-175 p. ; et *Les Doctrines positivistes en France*, nouvelle édition revue et considérablement augmentée, Paris, 1873, in-8°, vi-108 p.

Comme l'avaient été Pinel, Esquirol, Morel, le jeune Ritti avait été orienté par ses parents, à son entrée au collège, vers l'état ecclésiastique. Il ne réalisa pas leurs espérances. Il avait probablement cessé d'être croyant dès la fin de ses études secondaires. Il désira alors se présenter au concours de l'Ecole polytechnique. Une grave atteinte de rhumatisme interrompit ses études et le détourna de son projet. Il décida de devenir médecin et s'inscrivit à la Faculté de Strasbourg.

C'est sans doute à cette époque, vers sa vingtième ou vingt-deuxième année, que Ritti prit une connaissance plus approfondie de la philosophie d'Auguste Comte. J'emprunte à un article qu'il a publié, en 1902, dans la *Revue Occidentale* de Pierre Laffitte (1), un alinéa qui me paraît probant : « Les services spirituels ont droit à la reconnaissance de ceux qui les reçoivent, autant et peut-être même plus que les autres. Il nous est donc impossible de quitter le livre de M. Célestin de Blignières sans rappeler, non sans un profond sentiment de gratitude, qu'il fut, pour beaucoup d'entre nous, étudiants des Facultés de médecine entre les années 1860 et 1870, comme un véritable *vade-mecum* philosophique, où, tout occupés de nos études spéciales, mais curieux aussi de généralités, nous cherchions à nous initier dans les grands principes de la véritable philosophie scientifique. Ce volume (c'est l'*Exposition abrégée et populaire de la Philosophie et de la Religion positives*, publiée en 1857 par Célestin de Blignières, ancien élève de l'Ecole Polytechnique et officier d'artillerie), ce volume, dit Antoine Ritti, lu avec avidité, et bien des fois relu, nous servit, en quelque sorte, d'introduction à l'étude des grands ouvrages de Comte. Ainsi, mieux préparés, nous pûmes tirer le meilleur profit possible de l'œuvre générale du Maître, qui, de l'avis presque unanime, dépasse de si haut toutes les productions philosophiques du XIX^e siècle. »

Ces quelques lignes donnent, il me semble, toute leur signification à celles que vous pourrez lire dans l'éloge de Jules Cotard, prononcé par Ritti à la séance du 30 avril 1894 de notre Société. Elles vous instruiront, aussi bien que le feraient des confidences intimes, sur l'itinéraire qu'avait suivi leur auteur pour aller du Collège ecclésiastique de Colmar à la société des positivistes parisiens (2).

(1) *Loc. cit.*, p. 813.

(2) « ...Une intelligence aussi sérieuse, aussi réfléchie, dit Ritti parlant de Jules Cotard, ne se laisse pas bercer, ni ne s'endort sur le « mol oreiller au doute » : elle a soif de certitude, ou mieux de convictions ; il lui faut

Les disciples d'Auguste Comte ne sont pas demeurés assemblés en un groupe compact. Littré, Charles Robin n'ont pas accepté les doctrines exposées dans le *Cours de Politique Positive*, et, moins encore, la religion de l'Humanité fondée par leur Maître. Antoine Ritti, qui a été un admirateur et un ami de Littré, un élève et un ami de Charles Robin, était d'accord avec ces libres esprits sur la plupart des questions qui divisaient les positivistes. Néanmoins, il accordait toute sa sympathie au groupe des disciples orthodoxes, et il vénérât Pierre Laffitte.

Dès 1869, la revue *La Philosophie Positive*, de Littré, insère un article de Ritti ; d'autres articles de critique philosophique et de vulgarisation psychiatrique y paraissent, de 1870 à 1883. Ce périodique ayant cessé sa publication, Ritti donne, à partir de 1890 et jusqu'en 1902, d'autres articles à la *Revue Occidentale* de Pierre Laffitte. Après la mort de celui-ci, en 1903, on ne trouve plus d'écrit de Ritti dans ce recueil. Mais, en 1911, Ritti publie une notice importante sur un éminent positiviste, qui avait été un des auditeurs et des premiers disciples d'Auguste Comte,

de ces notions suprêmes et directrices, satisfaisant à la fois l'esprit et le cœur, servant de guide assuré dans la conduite. Ces notions, un heureux hasard les avait mises sur son chemin, à cet âge critique de la jeunesse studieuse où se produit une évolution intérieure, où les croyances surnaturelles, mises en discussion, sont le plus souvent abandonnées sans retour. »

Un ouvrage de Célestin de Blighnières : *Exposition abrégée et populaire de la philosophie et de la religion positives*, tombe entre les mains de Cotard. « A mesure qu'il avançait dans sa lecture, il fut entraîné : lui qui aimait la science avec passion, il découvrait une philosophie, embrassant les sciences et leur enchaînement, les sociétés et leur développement, avec, comme couronnement, une morale ayant pour base la connaissance réelle de la nature humaine, et pour but le dévouement à autrui et le culte des grands hommes... Il fut subjugué par le génie d'Auguste Comte, ce penseur qui domine de si haut son siècle qu'on peut lui appliquer la simple et grande phrase de Dante, et le ranger, au même titre qu'Aristote et Descartes, parmi les maîtres de ceux qui savent. Son adhésion devint alors complète, sans réserve ; car, comme le dit si bien Sainte-Beuve de Littré : « Les convictions, dans ces âmes si fermes, si ardentes sous leur apparente froideur, ne se comportent pas comme de simples opinions dans les âmes ordinaires, et communes, ou distinguées, mais liées ; elles ne flottent pas, elles mordent à fond ; elles sont sujettes à une entière fixité et adhérence ; une fois qu'elles prennent, elles ne cessent plus. »

De ce chapitre de la vie de son ami Cotard, Ritti arrive, un peu plus loin à cette conclusion : « L'étude de ces crises intimes est du plus haut intérêt pour la connaissance de la nature morale de certaines personnalités. Les âmes vigoureuses sortent de la lutte avec des principes solides et invariables qui, autant peut-être que l'éducation familiale, donnent à leur vie cette unité, à leur caractère cette sérénité, que nous admirons tant chez Cotard. » (A. RITTI, *Histoire des Travaux de la Société médico-psychologique et Eloges de ses membres*, t. II, p. 78-80. Paris, Masson, 1914, in-8°).

Deroisin, avocat, historien et maire de Versailles (1).

Je reviens maintenant, pour ne plus m'en écarter, à la carrière médicale d'Antoine Ritti.

Enfant d'une famille nombreuse, il ne disposait pas de ressources étendues. Une amie de sa famille, Mme Poirot, avait aidé ses parents à lui assurer celles qui lui étaient nécessaires pour entreprendre et poursuivre ses études médicales. En 1867, il prit un poste d'interne en médecine à l'asile de Fains, où il demeura jusqu'au commencement de 1870. C'est alors qu'il vint à Paris pour remplir les fonctions d'interne dans la maison de santé d'Ivry, dont Luys était directeur et médecin. C'est vraisemblablement de cette époque que datent ses relations avec plusieurs maîtres de la médecine mentale : Baillarger, Lasègue, Jules Falret. Il ne paraît pas avoir été pressé d'obtenir le doctorat. Sa thèse est de 1874. Il avait donc 30 ans lorsqu'il la soutint devant la Faculté de Paris. Elle développait des idées de Luys sur la physiologie des hallucinations. Luys était devenu histologiste dans le laboratoire de Charles Robin. Il est possible que ce soit Luys qui ait mis Ritti en rapport avec ce célèbre anatomiste du microscope.

De 1876 à 1878, Ritti est simplement médecin du bureau de bienfaisance du 6^e arrondissement. En février 1879, il deviendra médecin-chef de la Maison Nationale de Charenton. On peut se poser, ainsi que le fait Georges Vernet, cette question : « Comment Antoine Ritti, obscur praticien de quartier, sans titres, sans renom, a-t-il réussi à fixer sur lui l'attention et à pénétrer dans l'intimité d'hommes aussi considérables que l'étaient alors Baillarger, Jules Falret, Luys, Lasègue, Legrand du Saulle ? »

Je me hasarde à vous proposer cette réponse à la question de Vernet : Je pense que l'étendue des connaissances philosophiques de Ritti, dont il donne la preuve dans ses critiques de l'éclectisme, dans sa défense du positivisme contre Vacherot, Caro, Paul Janet, lui ont acquis la considération des maîtres de la médecine mentale de cette époque. Son caractère sérieux, ses habitudes laborieuses, sa droiture, sa loyauté, son intégrité, son zèle, achevèrent leur conquête.

Ces mêmes qualités valurent également à Ritti l'estime et la confiance des directeurs de journaux et revues auxquels il apporta des articles : Jules Guérin, à l'*Union Médicale* ; Amédée Dechambre, à la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chi-*

(1) *Notice biographique sur H.-Ph. [Hippolyte-Philémon] Deroisin, ancien maire de Versailles*, par le Dr Ant. Ritti, médecin honoraire de la Maison Nationale de Charenton, Paris, 1911, in-8°, 70 p.

rurgie ; Littré, à la *Philosophie Positive*. Ritti a débuté jeune dans le journalisme médical, et il y a fait une longue carrière. Le numéro des *Annales médico-psychologiques* qui parut après son décès, avait été préparé par lui, comme tous les précédents depuis trente-cinq années. L'éloge de Dechambre, premier en date des secrétaires généraux de notre Société, prononcé devant celle-ci par Antoine Ritti, nous fait connaître la conception que ces deux téconds écrivains se sont faite des devoirs du journaliste médical. Elle s'accorde avec les idées morales les plus élevées, et l'un et l'autre l'ont mise en pratique.

A partir de 1875, Antoine Ritti travailla pour les *Annales médico-psychologiques*. En 1876, il devint membre titulaire de notre Société et fut élu par elle, aussitôt, second secrétaire des séances. A cette double activité devait s'ajouter, en 1878, les fonctions de médecin-chef de la Maison Nationale de Charenton.

L'année 1878 fut une grande année pour la France, qui affirmait son relèvement par le succès de l'Exposition universelle. C'est à cette exposition que le sculpteur alsacien Bartholdi mit sous les yeux du public le modèle réduit de la *Liberté éclairant le monde* destinée aux Etats-Unis. Grande année également pour la psychiatrie française. Le rapport monumental des inspecteurs généraux, Constans, Lunier, Dumesnil, sort des presses de l'Imprimerie Nationale. Baillarger est, au même moment, président de l'Académie de médecine, président de la Société médico-psychologique, président du Congrès international de médecine mentale. Ce congrès a pour président d'honneur Calmeil, qui, libéré depuis six ans de son service de Charenton, atteint sa quatre-vingtième année dans sa retraite de Fontenay-sous-Bois. Motet est secrétaire général de ce Congrès ; Ritti et Paul Moreau de Tours sont secrétaires des séances.

Cette année 1878 marque une date importante dans l'existence d'Antoine Ritti. Le ministre de l'Intérieur, de Marcère, décide, en décembre, que deux médecins seront désignés à la suite d'un concours sur titres, pour la Maison Nationale de Charenton. Cinq compétiteurs, tous qualifiés, et tous solidement appuyés, sont en présence. Christian, ancien interne de Dagonet à Stephansfeld ; il a opté pour la France ; il a quitté l'Alsace et a obtenu un poste à l'asile de Montdevergues, puis à Maréville ; il est membre de la Société médico-psychologique depuis 1865 ; Ritti, ancien interne de l'asile de Fains, est inspecteur-adjoint des asiles de la Seine depuis le commencement de l'année ; Bourneville, élève et protégé de Delasiauve, assistant de Charcot, est directeur du *Progrès*

Médical ; Doutrebente, petit-neveu de Baillarger, neveu de Lunier, a été interne de Morel, de Calmeil, d'Achille Foville ; Jules Voisin est apparenté à Félix Voisin et à Auguste Voisin. Le jury, présidé par Charles Robin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, sénateur de l'Ain, compte trois aliénistes : Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle.

Christian et Ritti sont nommés, en février 1879, médecins de la Maison Nationale de Charenton et s'y installent. Ritti devait y demeurer plus de trente ans, jusqu'en 1909. Il est permis de penser que leur origine alsacienne rendit ces deux médecins particulièrement sympathiques au jury. On peut aussi supposer que Charles Robin, disciple d'Auguste Comte, fut personnellement très favorable à son élève et ami Ritti. Et nous savons par un propos de Doutrebente, rapporté par un de nos collègues des asiles, que Mgr Dupont des Loges, évêque de Metz, avait soutenu de toute son influence la candidature de Ritti. Qui se refusera à convenir que le fait d'avoir gagné, en sa jeunesse, à la fois l'estime d'un prélat célèbre et celle d'un incroyant connu comme l'était Charles Robin, garantit les hautes qualités morales d'Antoine Ritti ?

J'arrête ici mon exposé. Suivre Ritti dans sa carrière de médecin, de secrétaire général et de rédacteur en chef des *Annales* serait, certes, captivant, mais exigerait de trop longs développements. J'en ai assez dit pour que personne hésite à accorder, en ce jour, une pensée pieuse, un sentiment d'admiration et l'hommage de sa gratitude à l'ancien secrétaire général de notre Société, qui a donné à celle-ci son temps, son talent, son dévouement, et, par son testament en date du 2 février 1917, lui a laissé une partie de son bien.

« Le plus sûr moyen, pour une institution nouvelle de se constituer une tradition, écrivait Ritti, en 1911, dans sa biographie de Deroisin, est encore d'honorer ses morts. » La tradition de notre Société est aujourd'hui presque séculaire. Si vous estimez, Messieurs, que les traditions utiles et fécondes, même quand elles ont tout un passé, ont cependant besoin d'être cultivées, vous m'excuserez d'avoir retenu si longtemps votre attention.

COMMUNICATIONS

L'assistante sociale psychiatrique (II), son rôle hospitalier, par MM. H. BEAUDOUIN, X. ABÉLY et A. BROUSSEAU (*Suite et fin* : Réglementation, Education professionnelle).

III. — RÉGLEMENTATION

Dans le cadre général des règles de la profession d'assistante sociale, en voie d'élaboration par des modifications successives, des prévisions s'établissent en ce qui concerne l'emploi éventuel des assistantes sociales dans les services hospitaliers pour malades mentaux.

Le règlement-modèle du 5 février 1938, en son article 67 : Composition du service médical, se bornait à cette indication :

« ...5° S'il y a lieu, des assistantes de service social ou des infirmières d'hygiène sociale. »

A ce texte vraiment squelettique, le Conseil supérieur de l'assistance publique a proposé la substitution du suivant :

« ...c) Une ou plusieurs assistantes sociales, diplômées d'Etat, dont le rôle doit consister, suivant indications et directives médicales :

à effectuer des enquêtes sur les conditions matérielles, affectives et morales dans lesquelles vivait le malade avant son internement et sur celles qu'il est susceptible de retrouver à sa sortie ;

à visiter ceux des malades qui seraient libérés conditionnellement et à veiller à ce que soient réalisées, d'une façon générale, toutes mesures envisagées et prescrites, pour une efficace réadaptation à l'ambiance sociale ;

à faire apporter au malade ou à sa famille, par voie directe ou par liaisons avec les organismes appropriés, tous secours ou aides, matériels, médicaux ou moraux qui s'imposeraient.

Les Sociétés de patronage prévues à l'art. 151 doivent, à cet effet, compléter l'œuvre philanthropique et d'entr'aide envisagée. »

On pourrait, à ce texte, ajouter : — à effectuer, pendant le séjour du malade comme après sa sortie, toutes enquêtes utiles, sur prescriptions médicales particulières.

IV. — FORMATION PROFESSIONNELLE

Il nous semble hors de discussion que, avant toute « spécialisation », la future assistante sociale psychiatrique doit avoir

obtenu le diplôme d'Etat « polyvalent », après études complètes et sans restrictions. (Consulter le programme d'enseignement rédigé à la Section centrale des infirmières et des assistantes sociales au Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille : deuxième et troisième années sociales, 90^{ter}, 1943).

On peut déjà rappeler que ce programme comporte dans la rubrique IV : Problèmes médico-sociaux, une partie d'*Hygiène mentale* pour laquelle sont prévues 10 heures de cours, et dont nous nous bornons à citer l'exposé détaillé :

III. — HYGIÈNE MENTALE

Les psychopathies :

Leurs causes, leurs conséquences chez l'adulte et chez l'enfant. Affections nécessitant l'internement. Affections cycliques. Affections ne nécessitant pas l'internement.

Importance des psychopathies au point de vue familial, professionnel et social.

Lutte contre les psychopathies :

Loi de 1838 ;

Services fermés : hôpitaux psychiatriques ;

Services ouverts ; dispensaires, consultations spéciales ;

Services de neuro-psychiatrie infantile ;

Colonies familiales ;

Institutions d'assistance et de rééducation.

Rôle du service social :

Dépistage chez les adultes et chez les enfants ;

Surveillance de petits psychopathes libres ;

Rôle de l'assistante sociale ;

Assistance et conseils aux familles. Rééducation et réadaptation.

De toute évidence, un tel programme apparaît insuffisant pour une spécialisation véritable. L'un de nous (*l'Hygiène mentale*, 1942, n° 10), prié de préparer un programme de spécialisation en six mois, a proposé au Conseil de perfectionnement des Ecoles d'assistantes sociales un plan adapté à cette durée. Ce programme, « fondé, avant tout, sur la pratique, comporterait cinq fois par semaine une demi-journée de stage auprès des consultations de divers dispensaires, œuvres, services hospitaliers. De plus, une journée entière serait consacrée à un stage que compléterait une enquête sociale effectuée sous la direction du chef de service ou de son assistante sociale psychiatrique », enquête dont la rédaction serait critiquée et commentée par la monitrice.

L'enseignement théorique, de cinq demi-journées par semaine,

comporterait, par demi-journée une leçon théorique d'une heure, et une démonstration ou exercice de 1 heure 1/2 à 2 heures.

Et on aboutissait ainsi au programme ci-après :

Leçons théoriques. — Il a paru indispensable qu'avant d'aborder l'étude des problèmes psychiatriques et de l'hygiène mentale, un rappel soit fait des notions essentielles de la psychologie normale et pathologique.

Ce cours, composé de 15 leçons, porterait uniquement sur les principaux aspects de la vie mentale, individuelle et collective, et notamment le développement mental de l'enfant, auxquels l'assistante sociale psychiatrique devra chaque jour ajuster son action.

Il devrait être aussi dépouillé que possible de théories et de doctrines, et abondamment nourri d'exemples.

Les 30 à 32 leçons suivantes seraient consacrées à l'exposé de notions pratiques de psychiatrie générale.

Il les faudrait donc concevoir *différentes de celles que l'on offrirait à des étudiants ou à des médecins*. Leur objet doit être de présenter d'abord, en 19 ou 20 leçons, LES ASPECTS CLINIQUES DES TROUBLES PSYCHOPATHIQUES, tels que l'assistante sociale psychiatrique les rencontre chaque jour, et non de décrire systématiquement les signes et l'évolution de syndromes ou de maladies de l'esprit. On ne devra manquer aucune occasion de mettre l'accent sur les inconvénients ou les périls qu'encourent, non seulement le malade, mais aussi son milieu familial et social, et d'indiquer les moyens par lesquels l'assistante sociale psychiatrique peut concourir aux mesures d'assistance et de protection nécessaires.

Causes des troubles psychopathiques. — La seconde partie permettrait, en 13 leçons, de passer en revue la série des principales causes traumatiques, toxiques, infectieuses, endocriniennes, affectives, héréditaires, familiales et ethniques des troubles de l'esprit. Elle offrirait ainsi des bases aux enquêtes concernant des recherches systématiques, fondement d'une hygiène mentale vraiment scientifique.

Neuro-psychiatrie infantile. — La troisième partie proposerait en 20 leçons les problèmes de la neuro-psychiatrie infantile.

Ces leçons seraient pour la plupart empruntées au programme d'enseignement du docteur Henyer.

Conduites pathologiques. — Une quatrième partie serait destinée à faire comprendre le sens, l'origine et l'évolution d'un certain nombre de « conduites pathologiques » individuelles et collectives. Des exemples bien choisis devront illustrer cet exposé, particulièrement utile pour l'interprétation et l'assistance des principaux modes de *réactions psychopathiques, individuelles et collectives*, si préjudiciables tant au sujet lui-même qu'à la famille et à l'ordre social.

Hygiène mentale. — C'est alors seulement que l'on pourra aborder, en 12 leçons, l'étude de l'hygiène mentale, de ses principes et de ses

applications particulières, ainsi que des mesures législatives et d'assistance, d'où découle toute prophylaxie.

Démonstrations et exercices pratiques. — Enfin, l'enseignement fait à l'école comprendra deux séries d'exercices et de démonstrations, consacrées, l'une :

à l'enseignement pratique technique des diverses modalités de l'assistante sociale psychiatrique : 10 leçons et 1 exercice par semaine ; l'autre :

à la connaissance et à l'acquisition de la pratique des tests psychologiques : 2 à 3 leçons, et 2 séances de démonstrations ou de travaux pratiques par semaine.

Ce projet comporte, même dans sa partie théorique, l'illustration constante par la présentation de malades en milieu hospitalier et au dispensaire. En fait, l'élève assistante sociale psychiatrique plongée dans le concret, à l'occasion de tous les cours et exercices pratiques, se dépouillera vite de cette attitude sentimentale, reflet du grand public, qui risquerait, si elle était gardée, de fausser l'harmonie nécessaire entre tous les modes d'action scientifique qui concourent au bien du malade.

DISCUSSION

M. DAUMÉZON. — Depuis 1940, je suis chargé des cours d'hygiène mentale à l'Ecole régionale des assistantes sociales d'Orléans. J'ai pu, en cette qualité, faire quelques constatations. Tout d'abord, le rôle de l'assistante est rien moins que précisé. On s'en rend compte en demandant aux personnes qui devraient avoir une compétence en ce chapitre de qui l'assistante est-elle assistante ? Pour ma part, et à l'inverse de l'opinion la plus répandue, mais non unanime, je considère l'assistante selon la définition de Milian (*Paris méd.*, 1941, n° 1) comme l'aide du médecin pour toutes les parties non proprement médicales de sa tâche. Je pense que l'adoption et la diffusion de cette doctrine clarifieraient bien des problèmes (secret médical et déontologie en général) et éviteraient bien des équivoques.

A l'occasion des cours que j'ai eu à faire, j'ai éprouvé une réelle difficulté à présenter les problèmes de la façon pratique et seulement sociale qui convient devant un auditoire d'infirmières ou d'assistantes. Aussi, je crains que les professeurs ne soient très embarrassés devant un programme aussi complet et développé que celui proposé par M. Brousseau. Parti de l'idée d'un enseignement pratique, ne glissera-t-on pas à des leçons d'agrégation ?

Il est enfin indispensable de poser les problèmes de service social très différemment, selon qu'on parle de Paris ou des départements. En province, le service social ne peut être accompli que par des assistantes cantonales polyvalentes, alertées et guidées par le méde-

cin, dont le truchement ou tout bonnement la secrétaire est l'assistante sociale du service.

M. GOURIOU. — Le programme qui nous est proposé me paraît soulever quelques objections en raison même de son importance. On peut craindre qu'il n'en résulte pour les futures assistantes d'hygiène mentale une formation surtout intellectuelle. Si *comprendre* est bien, il ne faut pas oublier, pour reprendre des termes utilisés par l'Ecole positiviste, que l'assistante doit surtout *aimer et agir*.

M. BROUSSEAU. — Le programme dont les chapitres viennent d'être énumérés ne vaudra naturellement que dans la mesure où il sera adapté au but, et non compris comme il le serait pour des étudiants ou des médecins.

M. FOUQUET. — Nos assistantes de l'Office public d'hygiène sociale reçoivent actuellement une formation théorique, avec un stage de six mois.

M. HAZEMANN. — Trop souvent, on a voulu faire des assistantes de véritables sous-officiers de santé, auxquelles on apprend beaucoup trop de médecine. Quand je m'en suis plaint aux écoles, celles-ci m'ont répondu que la faute en incombe aux professeurs qui, précisément, sont des médecins. Un tel enseignement devrait être essentiellement pratique, dispensé par des médecins ayant la pratique de la médecine sociale et ayant en vue plus le milieu où évolue le malade que la pathologie elle-même. Je pense également qu'il y a lieu de donner un enseignement spécialisé aux assistantes de prophylaxie avant qu'elles ne débutent dans de tels services à cause de la difficulté du vocabulaire psychologique et psychiatrique, dont l'acception vulgaire conduit à des méprises qui ne sont pas ressenties par les intéressés, tout au moins à leur début.

M. H. BEAUDOUIN. — Aux remarques faites par M. Daumézon sur le défaut de compréhension du rôle de l'assistante sociale par le public et, fait plus grave, par les administrations, nous avons répondu par avance en consacrant notre première communication, avec MM. G. Demay et R.-H. Hazemann, précisément au rôle de l'assistante sociale en général et à sa définition.

À propos de ce rôle auprès de nos malades, j'insiste aujourd'hui sur celui qu'elle peut jouer quant à leurs intérêts matériels, trop souvent impossibles à régler par les services sédentaires de l'administration provisoire, et qui nécessitent des démarches actives et des enquêtes sur place. C'est ainsi que je viens de faire retrouver l'existence d'une somme assez importante, sur un livret de Caisse d'épargne, dont le service de la Tutelle avait indiqué l'existence.

Je signale enfin, à titre pittoresque, un incident où le service médical se trouvait, non un point de départ, mais un point d'arrivée : Une assistante sociale d'association de prisonniers était chargée d'en-

quêter « sur les mauvais traitements » allégués par une malade, ...et dont l'origine délirante était évidente.

M. LHERMITTE, *président*. — La question des assistantes sociales psychiatriques soulève de nombreux problèmes, qui débordent le cadre d'une communication. Je vous propose la nomination d'une commission où seraient mises au point les conditions de formation et d'exercice de l'assistante sociale psychiatrique.

Cette *commission* pourrait être composée de : MM. X. ARÉLY, BEAUDOUIN, BESSIÈRES, BROUSSEAU, GOURIOR ; adjoints à la commission : MM. HAZEMANN, DAUMÉZON, FOUQUET, membres correspondants.

Cette proposition mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés, par MM. Ch. CHANÈS et J. VIÉ.

Depuis 25 ans, d'indéniables progrès ont été accomplis dans l'organisation matérielle des établissements d'aliénés ainsi que dans la thérapeutique, dont les moyens ont transformé l'évolution de certaines psychoses, et en tout cas la physionomie des services. Nous n'en sommes que plus à l'aise pour apporter ici, en nous plaçant au point de vue de la psychothérapie, une critique de certaines conditions d'hospitalisation des aliénés, qui, elles, n'ont pas subi de modifications depuis de très nombreuses années, et se sont perpétuées par le seul jeu des vieilles habitudes. Nous n'ignorons pas, d'ailleurs, que certaines initiatives locales ont tenté de remédier à cet état de choses, et nous souhaitons de voir s'en généraliser le succès.

L'ambiance acquiert pour le malade mental une importance de premier ordre lorsqu'il a dépassé le stade aigu de la psychose, qu'il entre en convalescence, stabilise des séquelles ou évolue vers la chronicité. Elle devient alors un élément de la vie psychique d'autant plus capital que l'internement en rend l'influence exclusive. Bienfaisante, l'ambiance aide à la restauration des fonctions mentales. Néfaste, elle devient un facteur pathogène ou tout au moins pathoplastique.

I. Voici tout d'abord une série de circonstances qui s'opposent à la restauration de la synthèse mentale, et qui parfois favorisent la DISSOCIATION DE LA PERSONNALITÉ.

Bien entendu, médecins de services de femmes, nous aurons surtout en vue des faits qui concernent les malades du sexe féminin. D'où le choix de notre premier exemple : *l'appellation des*

malades mariées ou veuves par leur nom de jeune fille. C'est le type d'usage administratif qui s'est imposé aux services médicaux. Pour la tenue des dossiers de la recette des asiles et du fichier central, il peut être commode de retrouver la même personne sous un même nom, lors de séjours successifs, de sa jeunesse à sa mort... Mais, transposée dans nos services, cette mesure est bien fâcheuse ! Même lorsqu'elles sont peu troublées, nos malades n'acceptent jamais sans quelque surprise, quelque regret ou quelque indignation cette négation de leur vie familiale qu'implique le retour au patronyme. Les délirantes se croient divorcées d'office ; les mélancoliques y voient la punition des fautes dont elles s'accusent ; les persécutées, une nouvelle épreuve infligée par leurs ennemis. Seules l'admettent celles qui ont déjà des idées délirantes de divorce, et qui voient ainsi se confirmer la rupture souhaitée du lien conjugal.

Sur le terrain de doute, d'incertitude, d'imprécision de la pensée et de détachement du réel qui caractérise les états confusionnels frustes ou en voie de régression, les poussées oniroïdes des psychoses hallucinatoires, les dissociations initiales de la démence précoce, cette altération de l'identité s'ajoute à l'ensemble des conditions de la vie dans les asiles pour engendrer des méconnaissances systématiques et des thèmes délirants fantastiques.

Cette vie se marque en effet par l'*insuffisance des repères d'orientation* aussi bien dans l'espace que dans le temps. Que de fois nous répond-on : « la date ? mais je n'ai pas de journaux, pas de calendrier... le jour ? avant-hier c'étaient les visites, aujourd'hui le change du linge... l'heure ? voici les chariots, c'est la soupe... ». Certes, ce sont là réponses de malades déficientes, peu capables de fixation mnésique, d'initiative ou de curiosité. N'est-ce pas à elles que doit s'adresser un maximum d'efforts pour les faire sortir de cet état ? Monotonie des jours, stéréotypie des « corvées » qui seules rythment les heures, absence de tout pittoresque..., parfois les pavillons ne sont désignés que par des numéros, les salles par une lettre ; les portes, dans de longs couloirs sont dépourvues de toute désignation ; les fenêtres obstinément fermées sont garnies de verres teintés ; les cours souvent encore encloses de murs ne laissent filtrer aucun regard sur le dehors. Avec le monde extérieur, les contacts se font lointains, et le monde lui-même perd quelque peu son caractère de réalité. Les visites sont reçues collectivement, sous la surveillance attentive du personnel ; les familles, gênées, s'expriment en termes vagues et incertains ; les nouvelles graves du milieu familial, sous prétexte de « ménagements », demeurent voilées, et le soin incombera

en définitive au médecin ou au personnel de se faire le messager des grands malheurs. La correspondance, nourrie d'euphémismes, est contrôlée, différée : nous venons, pendant 4 ans, de souffrir assez profondément de ce genre de maux pour mieux pénétrer tout ce que cela peut apporter, dans l'esprit troublé du malade, en l'absence de tout contrôle objectif possible, de sources nouvelles de désinsertion. Les conditions de la vie d'asile placent le réel presque sur le même plan que le délire.

L'ambiance vivante, marquée surtout par la *promiscuité* d'éléments très divers, fait elle aussi la part belle à la propagande du délire. Certes, les processus hallucinatoires ne sont pas contagieux. Mais tout délire n'est pas hallucinatoire, et toute psychose d'influence ou d'hallucination ne possède pas à l'origine de contenu nécessaire, ce sont des états instables prêts à faire germer la semence pernicieuse. Une tuberculeuse influencée reçoit ses thèmes, tout mûris, d'une délirante hallucinée ancienne : « C'est bien exact, *puisque* Mme X. l'éprouve aussi... », puis l'évidence personnelle s'installe. Ailleurs se transmettent des habitudes vicieuses de pensée qui procèdent d'une causalité illogique. Il existe des milieux d'élection pour cette *induction des délires*, tel l'immense réfectoire qui, pendant plusieurs années au cours de la reconstruction d'un asile, groupa 150 malades en un véritable pandémonium. Nous y avons retrouvé ces *délires monotones des asiles* qui en 1891 avaient déjà retenu l'attention d'Eug. Charpentier à la Salpêtrière, et qui, pour une part, constituent un produit de culture.

Un autre écueil réside dans la *promiscuité avec les pervers amoureux* : homosexuels, voleurs, monteurs de coups, véritables fléaux de quartier qui terrorisent les faibles et sont aussi dangereux par leur prosélytisme ; avec les *délinquants* et criminels, dont les récits font regretter aux persécutés leur longanimité antérieure ; — avec les prostituées, avec certains sujets au comportement systématiquement obscène ou ordurier : que de fois avons-nous reçu les doléances de respectables familles se désolant du contact de leur enfant, jeune démente précoce par exemple, avec des éléments aussi lâcheux.

Certes, l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, à la suite des coupes sombres qu'y ont pratiquées les restrictions, n'est plus un problème d'actualité. Mais il y a toujours des dortoirs trop vastes (32 lits en temps normal, par exemple), ce qui rend impossible une sélection suffisante des malades qui, trop différents, se gênent et s'excitent les uns les autres. Et, dans les actes intimes de

la vie courante, cette accumulation ne permet pas non plus un respect suffisant de la pudeur personnelle. Les bains et douches en série, la toilette devant les lavabos collectifs des salles, la disposition des cabinets sont à l'origine d'inhibitions anxieuses de la part de malades susceptibles ou obsédées. Signalons encore la précipitation trop grande des repas, qui ne répond pas au rythme ralenti des déprimés ; l'inélégance du linge et des vêtements administratifs, si péniblement ressentie par les femmes, tous ces détails aggravés par le défaut de compréhension d'éléments — heureusement rares aujourd'hui — parmi le personnel infirmier.

II. Dans le domaine de la RÉCUPÉRATION DE L'ACTIVITÉ, les hôpitaux psychiatriques présentent encore bien des lacunes. Certes, les initiatives des malades sont souvent dangereuses, presque toujours désordonnées, aussi le principe d'une surveillance rigoureuse, avec un personnel limité, et dans le but de restreindre les responsabilités de l'administration, a-t-il été de faire le vide autour des malades et de borner leur action à des besognes utiles à l'économie des établissements.

De ce côté, bien qu'en France on n'ignore rien des travaux étrangers sur l'ergothérapie scientifique, peu d'applications pratiques ont vu le jour ; on sait quels obstacles ont dû surmonter Henri Colin à Villejuif et les organisateurs du service de Hoerd. En général, le travail dans les ateliers n'est pas orienté vers la rééducation méthodique des malades, mais vers un rendement budgétaire d'ailleurs fort illusoire. Car la main-d'œuvre d'employés à la journée donne un rendement plus important, plus régulier et n'exige pas de surveillance : la direction de certains établissements s'en est aperçue au cours de cette guerre, lorsque les forces des malades ont fléchi, et depuis lors, certains quartiers dits « de travailleurs » voient inoccupée une bonne partie de leur effectif.

Pour que le travail en atelier contribue de façon efficace à la rééducation de l'activité, il faut une intime collaboration médico-administrative. Actuellement dans les établissements qui ne sont pas pourvus d'un médecin-directeur, le contrôle des ateliers, le personnel des ateliers, le comportement des malades au travail échappent à la surveillance médicale ; *a fortiori* la gradation scientifique des travaux, le passage d'un échelon de difficulté à l'autre, et surtout la mise en marche des malades de capacité très réduite dans les échelons inférieurs.

Il y a plus de souplesse et de possibilités de récupération dans les occupations pratiquées au quartier même, sous la surveillance directe des infirmières qui connaissent bien les troubles de chaque

malade et savent ce qu'on peut attendre de chacune. Pourquoi l'administration garde-t-elle trop souvent en suspicion ce genre de travaux et ne confie-t-elle pas partout, par exemple, le raccommodage, certaines préparations, décortications de légumes, etc..., aux surveillantes de quartier ? Même lorsqu'ils se réduisent aux petits ouvrages de couture, de tricot, de lingerie, que les malades font pour elles-mêmes, pour leur famille ou pour le personnel, ces travaux bien suivis et bien individualisés peuvent être plus profitables que bien des travaux d'atelier.

Nous comptons encore trop d'activités improductives et surtout de malades complètement oisifs. Certes, nous ne nous faisons pas d'illusions sur certaines statistiques selon lesquelles on pourrait astreindre au travail la presque totalité des malades. Mais inversement, bien des inactivités traduisent l'abandon à l'inertie, aux habitudes motrices vicieuses ou au délire, et seraient évitables grâce à un entraînement précoce.

Dès que l'activité du sujet se réveille, il éprouve le besoin d'aménager son ambiance immédiate, il a le souci de ses appartenances, le besoin de posséder des objets utiles ou superflus. La rééducation de ce *sentiment de propriété* est bien imparfaite dans nos maisons. A l'entrée, — et dans la période initiale, c'était souvent nécessaire — les malades ont été privés de tout ce qu'ils possèdent : vêtements et linge, objets de toilette et souvenirs familiers ; pour les femmes, le retrait de l'anneau de mariage est particulièrement pénible et souvent mis en relation avec le retour au nom de jeune fille. Dans les services, en dehors de la table de nuit, sur laquelle ne sont tolérés que de menus paquetages, les malades ne disposent souvent d'aucun lieu où « leurs affaires » personnelles puissent être à la fois en sûreté et facilement accessibles. Il en résulte un sentiment d'insécurité, et lors des vols inévitables, un sentiment amer de dépossession. Les vieilles chroniques ont pris l'habitude de transporter tout leur avoir dans des ballots de fortune, parfois volumineux, dont elles sont inséparables. Elles y accumulent des détritus, qu'il faut bien éliminer par des « fouilles » périodiques mais, lorsque ces opérations sont pratiquées sans discernement et sans tact, ce sont d'interminables doléances que légitiment la disparition de menus objets, parfois de première utilité pour les malades, et qui sont passés inaperçus.

Le taux du *pécule*, récompense des travaux officiels, bien que doublé en 1942, est resté minime, hors de proportion avec le travail fourni, et surtout hors de proportion avec le prix des

denrées ou des objets que les malades pourraient se procurer dans les cantines, d'ailleurs médiocrement fournies. Le montant de l'argent que les familles peuvent mettre à la disposition des malades est resté longtemps beaucoup trop limité, il est actuellement porté à 1.000 francs. Mais, dans certains établissements, le prélèvement des sommes ne peut être pratiqué qu'une seule fois par mois ! Que de récriminations, de la part des malades à qui l'argent est annoncé par les familles, et qui accusent de ces retards inexplicables la malveillance du personnel ou du médecin !

III. Que d'obstacles enfin pour faire renaitre chez nos malades le SENTIMENT DE LA RESPONSABILITÉ, sans lequel on ne saurait vraiment parler de restauration de la personnalité humaine ? Le dogme de l'irresponsabilité des aliénés est une nécessité morale de la médecine légale ; mais considéré sur le plan de la psychothérapie, il constitue un désastre. Le malade qui « se sait » irresponsable s'abandonne à la maladie et ne laisse plus de prise à l'action du médecin. « Je suis folle, dit plaisamment une hypomaniaque, laissez-m'en profiter pour bien rire. » Mais une autre ajoute : « Je peux bien déchirer ce qui me plaît ». Une alcoolique invétérée, au sens moral émoussé, se réfugie dans une oisiveté systématique : « On a voulu faire de moi une folle, une folle ne travaille pas ». Une revendicatrice, qui a tiré sur le persécuteur, affirme : « On ne peut rien me faire, j'ai été reconnue aliénée », mais elle réclame sa sortie : « Si j'étais passée en justice, je n'aurais été condamnée qu'à quatre ans ».

Par ailleurs, chez beaucoup de malades, l'intimidabilité reste un ressort utilisable. Un alcoolique, en colonie familiale, avouait à l'un de nous qu'au cours d'une colère, « se sachant » irresponsable, il avait ressenti l'envie violente de frapper : nous lui avons affirmé que c'était une erreur et que, jouissant d'une certaine liberté, il était de ce fait passible de la justice : ce qui suffit à lui faire adopter désormais une attitude plus digne. Chez beaucoup de clastomanes, de salisseurs, d'instables, la crainte de la sanction conserve son effet. Les débiles — « nous les intelligents, dit l'un d'eux, nous qui nous rendons compte » — sont fiers du sentiment de leur responsabilité, qui les oppose aux déments, aux grands malades.

Quelques remèdes. — Nous nous excusons d'avoir énuméré devant vous tant de menus détails ; ils constituent pourtant la vie courante et sont trop souvent considérés comme secondaires. Ils créent l'atmosphère dans laquelle se développera l'action psychothérapique du médecin, l'accueil favorable ou l'opposition irrée-

ductible qui lui est faite. Pour y remédier point n'est besoin de lois nouvelles, mais d'un *esprit plus directement orienté vers la psychothérapie*, et qui pour être efficace, doit être également partagé par l'administration.

Evitons aux malades toute brimade inutile, *réduisons* au minimum indispensable *les mesures de contrainte*, *individualisons* le traitement autant qu'il est possible en ne confiant à chaque médecin qu'un nombre limité de malades, et en élevant encore le niveau intellectuel et moral de notre personnel infirmier, qui de plus en plus doit jouer un rôle de *rééducation*.

Restaurons chez nos malades le sentiment de leur personnalité. Ecartons tout ce qui les détache de leur identité, ce qui les sépare de l'ambiance. Restituons à la femme son nom de famille, facilitons les relations avec les proches ; ayons vis-à-vis des malades une attitude objective. Utilisons les sorties précoces que préconisait Bleuler, les sorties d'essai qu'une heureuse mesure vient d'étendre aux placements d'office ; lorsqu'il n'y a pas de famille, recourons aux placements hétéro-familiaux.

Dans le milieu hospitalier, évitons la désorientation et la monotonie ; que les distractions elles-mêmes ne deviennent pas stéréotypées. Pallions aux inconvénients de la promiscuité en créant de petits dortoirs de 6 à 10 lits. Peut-être pourrait-on, dans les grands établissements, envisager une répartition nouvelle des malades, en affectant chaque service médical autonome à une spécialité nosologique dont les divers pavillons isoleraient les divers stades et formes, supprimant la tyrannie des pervers et l'induction des délires.

Sans parler de luxe, réalisons dans les aménagements intérieurs, dans le vêtement, dans les actes de la vie courante, un confort qui ramène la confiance. Faisons renaître l'initiative et la spontanéité par des exercices, physiques et intellectuels, dont le rendement économique du travail ne soit ni la seule modalité, ni le seul but. Encourageons plus largement l'effort des malades par des rétributions supérieures et donnons-leur les moyens de jouir mieux de leur rémunération. Accordons-leur des casiers individuels dont on pourra contrôler la tenue.

Enfin, à l'opposé des médecins-légitistes, supposons *a priori*, dans notre attitude, les malades responsables lorsque c'est utile pour les aider à retrouver le sentiment de la dignité humaine. Que le séjour à l'hôpital ne soit jamais pathogène, mais qu'il devienne par lui-même un procédé actif de thérapeutique.

L'équipement éducatif des consultations de psychiatrie infantile. L'éducatrice familiale, par M. J. DUBLINEAU.

La consultation de psychiatrie infantile est assurée généralement par le médecin, aidé d'une assistante sociale et d'une assistante de psychologie. A la première est dévolu un rôle de dépistage et de placement ; à la seconde, un rôle d'appréciation psychologique et de bilan. Le médecin coordonne l'action de ses assistantes et décide de la mesure à prendre.

Une telle organisation suffit dans les consultations de triage. Mais il est peu de consultations qui soient seulement de triage. D'une part, le nombre des enfants à placer dépasse les possibilités d'absorption des Centres. D'autre part, le placement, solution de facilité, doit demeurer l'exception. Tout a été dit sur ces inconvénients psychologiques, sociaux, économiques. En admettant, — ce que nous croyons, — qu'on ait exagéré ces derniers, on ne peut que suivre l'avis de ceux qui protestent contre une extension de cette mesure, au détriment de celles, plus difficiles, mais moins traumatisantes et souvent plus sûres, visant au maintien de l'enfant dans son foyer.

Solution difficile, certes, et qui appelle une révision de l'organisation actuelle des Centres de psychiatrie infantile.

A côté de l'organisation « *triage* », doit être prévue une organisation « *traitement* ». Le terme de traitement doit être entendu dans un sens très large, au quadruple point de vue social, médical, pédagogique et psychique.

Au point de vue social, ce sera l'amélioration générale des conditions de la vie du groupe : question considérable, à peine entrevue au moins chez nous. Au point de vue scolaire, la classe de *perfectionnement*, complétée demain par la classe de *rattrapage*, constitue depuis longtemps la base de la rééducation en cure libre. Certains Centres, s'adjoignent avec bénéfice un maître spécialisé, chargé de compléter, au centre même, l'équipement éducatif.

Au point de vue médical, le psychiatre gagnerait à étudier de plus près les formes de la gymnastique médicale, et à jeter pour le moniteur de gymnastique médicale de demain les bases d'une gymnastique psycho-motrice rationnelle. Cette dernière, en dehors d'intéressants essais étrangers, reste entièrement à créer. Les tests moteurs semblent pouvoir constituer une entrée en matière dans l'initiation psycho-motrice de l'enfant. La gymnasti-

que de l'instabilité devra constituer tôt ou tard une véritable spécialité du moniteur de gymnastique médicale.

Reste le point de vue psychothérapique.

Dans les grands Centres, existent des consultations de psychanalyse. La psychanalyse a, entre autres mérites, celui de se présenter comme un tout, avec une cosmologie dans laquelle s'intègrent plus ou moins directement tous les problèmes humains, et donc, chez l'enfant, les problèmes pédagogiques. Elle a contribué puissamment à solidariser l'organique et le psychique. Elle a ainsi imposé à notre conception de la médecine infantile une nécessaire compréhension du fait vital et du Tout.

Mais la psychanalyse, surtout chez l'enfant, a des indications très précises. Elle suppose, d'autre part, des servitudes non négligeables. Elle offre enfin l'inconvénient, maintes fois redit, d'être astreignante à la fois pour le psychanalyste et son malade. D'où le petit nombre de sujets susceptibles d'en bénéficier. Au surplus, chez l'enfant, les psychanalystes les plus compétents en sont venus à pratiquer, pour nombre de cas, moins une psychanalyse orthodoxe qu'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

La psychothérapie simple, qui avait perdu du terrain devant le succès de la thérapeutique biologique d'une part, de la psychanalyse d'autre part, se trouve en fait, actuellement, reprendre largement ses droits. Il ne s'agit plus, certes, de la psychothérapie de naguère, axée essentiellement sur l'hypnotisme et la suggestion. Si la suggestion garde encore une place importante, la psychothérapie tend à s'exercer en profondeur, en s'inspirant précisément des enseignements de la psychanalyse. Elle offre l'avantage d'indications plus étendues. Elle quitte, dans les cas limites, le plan de la psychothérapie médicale pour celui d'une psycho-pédagogie s'adressant autant aux parents qu'aux enfants. Ainsi prend-elle l'aspect d'une véritable psycho-pédagogie familiale.

D'application plus familière en principe que la psychanalyse, la psychothérapie cependant, si l'on se place au point de vue toujours à considérer en matière d'hygiène mentale, du rendement social, appelle de nouvelles servitudes.

En premier lieu, comment faire de la psychothérapie sans connaître d'une façon précise tous les éléments de la famille en cause ? Force est donc d'aller directement dans la famille connaître les éléments du milieu où l'enfant évolue, agir au besoin sur chacun d'eux. Au surplus, l'action psychothérapique, pour être efficace, doit être suivie. Si l'on n'est pas sûr du milieu ou si les heures ne sont pas celles de la consultation, c'est au psychothéra-

peute de se rendre sur place effectuer une véritable cure « à domicile ».

Théoriquement, il semble que ce rôle puisse être partagé entre l'assistante de psychologie et l'assistante sociale. A la première iraient les traitements psychothérapiques entrepris sous la direction du médecin ; à la seconde, la continuation éventuelle des cures à domicile.

En fait, la formation actuelle de l'assistante sociale la dispose peu, fût-elle spécialisée en hygiène mentale, au travail psychothérapique. Son rôle, par définition, est surtout social, et surtout d'information. Il peut paraître désirable de mêler l'enquête et l'action thérapeutique ou éducative. En fait, les tâches du travail social sont suffisamment abondantes par elles-mêmes pour que le travail thérapeutique ne lui soit pas associé.

Quant à l'assistante de psychologie, il y aurait beaucoup à dire sur les conditions dans lesquelles elle est actuellement formée. Si, dans certains pays elle réalise, par l'importance de sa formation, une véritable auxiliaire médicale, il en va rarement de même chez nous. De plus, ici encore, il ne faut pas confondre le rôle de psychologue (avec l'objectivité qu'il comporte) et celui de la conseillère d'éducation. Ce dernier suppose une participation subjective entière à la vie de l'enfant. Enfin, les nécessités du rendement imposeraient inévitablement une division du travail.

Pour toutes ces raisons, apparaît désirable la formation d'un nouveau type de travailleuses (ou travailleurs) sociaux : *l'assistante de psychothérapie, conseillère d'éducation*.

Il faut différencier, en réalité, deux tâches différentes : l'une, qui se situe à la consultation d'hygiène mentale, l'autre qui se prolonge au sein même de la famille. La première est d'ordre plus strictement psychothérapique et médical, la seconde d'ordre plus strictement familial. Il en est une troisième qui déborde à son tour le plan de la psychothérapie et de l'éducation, et que nous ne citons que pour mémoire parce qu'elle dépasse le cadre psychiatrique seul envisagé ici : c'est celle qui consiste dans le passage du plan *conseils* au plan *aide* proprement dit. Aide familiale très générale qui rejoint sur le plan familial, les fonctions de certaines organisations actuellement connues sous le nom d'Aide aux mères, aide dont l'efficacité sera d'autant plus réelle que la formation théorique et pratique de l'éducation aura été plus poussée.

Les trois ordres de fonctions envisagés ci-dessus englobent, en fait, des tâches bien diverses. Cette diversité n'en montre que mieux l'utilité, sinon l'urgence, du besoin. Entre tous les trois d'ailleurs, les points communs sont multiples. Aussi pensons-

nous qu'une Ecole d'éducation, comme il s'en constitue actuellement, doit entreprendre, au moins au début, et sans préjudice de spécialisations ultérieures, une formation commune pour toutes les élèves, avec un enseignement et un diplôme communs.

Nous n'insisterons pas ici sur la préparation que nécessiterait cette nouvelle formation sociale, non plus que sur les techniques nécessaires pour que la conseillère d'éducation, sur le plan tant familial que psychothérapique, puisse se faire écouter avec profit. A ne considérer que le côté psycho-éducatif de la profession, nous voudrions seulement répondre à l'objection, aux termes de laquelle ce ou cette auxiliaire médical se verrait confier une tâche trop strictement médicale et, par ailleurs trop difficile pour une formation somme toute rapide. En réalité, il ne manque pas actuellement d'auxiliaires médicaux doublant le praticien, à charge pour ce dernier de donner ses directives et de surveiller leur exécution. Au reste, à l'Institut médico-pédagogique, le rééducateur est chargé d'un rôle d'intermédiaire entre le médecin et le pupille. C'est cet élément nouveau qui manque à nos consultations d'hygiène mentale.

Signalons, en outre, qu'à notre sens ces dernières ne devraient pas constituer les seules possibilités ouvertes à la carrière d'éducatrice familiale. Dans les Centres d'assistance publique, la surveillance des pupilles devrait pouvoir être dévolue à des auxiliaires spécialisées, doublant sur le plan éducatif et non plus seulement social, l'action de l'inspecteur départemental.

Sur le plan plus précis de l'hygiène mentale, des conseillères d'éducation seront tôt ou tard nécessaires dans les grands organismes sociaux : usines, habitations à bon marché, caisses de compensation. A elles devraient être réservée une bonne part des fonctions de déléguée professionnelle à la liberté surveillée. Les unes et les autres agiraient en liaison avec les consultations d'hygiène mentale. Ces dernières d'ailleurs, dans les grands centres, demanderaient elles aussi à être dédoublées avec, d'une part, la consultation de psychiatrie infantile, d'autre part, la consultation de psychothérapie et de psychopédagogie.

En résumé, entre l'assistante de psychologie et l'assistante sociale, il y a place, dès maintenant, pour un troisième type de travailleuse sociale, l'éducatrice familiale, avec sa double fonction : soit d'auxiliaire de psychothérapie au Centre ou dans la famille, soit de conseillère d'éducation, le rôle de conseillère pouvant se muer en certains cas, dans celui d'un agent actif, rejoignant sur le plan familial le plan actuel de l'aide aux mères.

DISCUSSION

M. HAZEMANN. — Le plan du docteur Dublineau est à proprement parler révolutionnaire. Au début du Service social, on disposait de visiteuses de tuberculose, de l'enfance, des maladies vénériennes, etc... Puis, on est passé à la polyvalence (infanterie), complétée par des assistantes spécialisées (armes savantes : tuberculose, enfance, etc...). Enfin, actuellement, on revient à une nouvelle fragmentation. C'est qu'à l'usage, il paraît difficile d'effectuer, en même temps que le travail social en profondeur (dépistage, liaisons, démarches pour obtenir des assistances légales et bénévoles), le travail éducatif dans les familles. Jusqu'ici, dans nos 30 consultations de l'Office, nous n'avons pas pu mettre au point et réaliser le travail social familial-éducatif. Le docteur Dublineau nous propose une nouvelle spécialisation, celle des « assistantes éducatrices ». Il y aurait lieu, à mon avis, de faire un essai dans un secteur géographique approprié. D'autant plus qu'il faut envisager le retentissement économique de cette proposition. L'organisation à prévoir pourrait bien, en effet, être très onéreuse. Actuellement, chacune de nos 5.000 consultations annuelles revient à plus de 200 francs (y compris son service social). Ce, dans les conditions actuelles (bien insuffisantes, je le reconnais, au point de vue du service social familial et réellement éducatif).

M. ROUART. — Je pense, comme l'auteur, que l'on peut faire beaucoup en matière de traitement psychique dans les consultations de psychiatrie infantile. En particulier, nombre de cures sont possibles avec trois à quatre séances de psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

L'assistance éducative dans les centres psychiatriques de traitement, par M. J. DUBLINEAU.

Actuellement, la formation du personnel psychiatrique est axée sur un point de vue médical. Les progrès de la psychiatrie justifient cette position, laquelle marquait un progrès considérable sur l'ancienne conception du « gardien ». On ne peut donc que souhaiter voir le plus tôt possible l'ensemble des hôpitaux psychiatriques pourvu d'un personnel soignant diplômé.

Pent-on toutefois considérer comme acquis les principes qui régissent actuellement l'instruction du personnel infirmier ? Ces principes sont valables dans les services d'aigus, ou pour les grands aliénés réclamant des traitements ou des mesures médico-hygiéniques appropriées.

Mais dans nombre d'établissements, le recrutement comporte d'autres catégories de malades. D'une part, les cas aigus sont

fréquemment gardés dans les services spéciaux des hôpitaux ou les services libres des hôpitaux psychiatriques. D'autre part, à côté des déments ou des délirants chroniques, s'est accru le nombre des déséquilibrés caractériels, délirants ou non. Réputés dangereux pour eux et les autres, ils sont internés à la suite soit d'une intervention de police, soit d'une expertise médico-légale.

L'ensemble de ces psychopathes, — auxquels il conviendrait d'ajouter les psychonévropathes des services libres actuels ou futurs, — n'est actuellement soumis au travail que pour partie. Dans la meilleure hypothèse, les malades se livrent à des travaux généraux. Mais les conditions de ce travail sont souvent assez éloignées de celles que réclamaient les premiers aliénistes. On semble oublier que le travail est un traitement qui doit profiter au malade avant de profiter à l'asile.

Ce serait donc une erreur de la part des chefs d'équipe ou d'atelier, de renvoyer des malades sous prétexte qu'ils sont difficiles ou peu productifs. C'en serait une également de remplacer les équipes de malades par du personnel complémentaire, jugé plus apte et plus malléable que les aliénés travailleurs.

Mais le travail serait-il parfaitement organisé, que le problème ne serait pas, pour cela, résolu.

D'une part, il y a les malades qu'on doit laisser dans les quartiers parce qu'ils débordent les possibilités de surveillance. Sur-tout, il y a les sujets non encore envoyés au travail ou ceux que, le travail terminé, il serait utile de prendre en charge d'un point de vue très général pour une action éducative.

En admettant en effet que des tares somatiques viennent, — et nous y avons suffisamment insisté naguère, — aggraver le cas de ces déséquilibrés, les conditions d'apparition des troubles témoignent de conflits sociaux ou de problèmes psycho-caractériels. C'est à ces derniers qu'il faut s'attaquer sur le double plan social et psychothérapique.

Au point de vue social, une action est à entreprendre sur le milieu autant que sur l'individu : c'est le cas de nombre de bourreaux domestiques, où le complexe conjugal (ou conjugo-familial) nécessite une action parallèle sur les deux éléments du couple.

Sur le plan caractériel, on peut se demander dans quelle mesure des déséquilibrés de cette nature, déjà d'âge mûr, pourraient être sensibles à la psychothérapie. En fait, il est rare que l'on ne trouve pas à jouer de quelques ressorts affectifs. C'est évidemment de ce bilan affectif que dépendra le succès de l'action entreprise. Signalons, entre autres, l'intérêt des tests affectifs à ce point de vue,

D'ailleurs, comme pour l'hygiène mentale infantile, il ne s'agit pas à proprement parler de psychothérapie, si l'on entend strictement par ce terme une action suggestive menée par le médecin. Le problème est plus large. Il faut tenter d'obtenir un redressement du mode de vie, des tendances. L'action est donc, en même temps que thérapeutique, d'ordre psychomoral et éducatif, formule d'ailleurs qui ne fait que développer la conception psychothérapique classique, tout comme, en matière d'enfants, l'éducation familiale prolonge la psychothérapie.

Mais, ici encore, comme pour l'enfant, le médecin ne peut tout faire. Il lui faut être secondé par des agents qualifiés, préparés spécialement en vue d'une tâche psychoéducative.

Cette tâche, qui l'assumera ? D'aucuns estimeront sans doute que le personnel de nos établissements est naturellement qualifié. Mais le point de vue sanitaire ne rejoint que par certains côtés le point de vue éducatif, qu'il débordé et qui le débordé. C'est le drame des fonctions nouvelles, de se voir rattachées à des fonctions déjà existantes, avant que leur soit reconnu le droit à une vie propre... On assiste à des équivoques du même genre (mais cette fois, sur le plan de l'enseignement), pour les rééducateurs d'internat, que d'aucuns voudraient voir purement et simplement assimilés à des maîtres scolaires. On peut souhaiter que tous les rééducateurs soient choisis parmi les maîtres. Il est cependant exact que la rééducation de l'enfant inadapté suppose des qualités différentes de celles du maître. Les unes et les autres sont rarement réunies en une seule personne.

Il en va de même ici. On peut souhaiter que tous les infirmiers aient en eux l'étoffe d'un rééducateur. Il faudra bien admettre cependant que la rééducation suppose des aptitudes particulières, et, somme toute, assez différentes de celles qu'on demande à l'infirmier. Il y a là un problème de mise au point que nous ne faisons qu'esquisser, mais qui pourrait être bientôt à l'ordre du jour si l'on se décide à ouvrir des *Centres de rééducation pour buveurs*, avec un placement adéquat (1).

Quelle que soit l'origine (hospitalière, extrahospitalière, mixte), des agents à prévoir, la nécessité d'en recruter un certain nombre dans un but de rééducation d'adultes apparaîtra tôt ou tard. Ces rééducateurs, comparables (toutes choses égales d'ailleurs) à ceux

(1) C'est cette notion de la Rééducation et du Rééducateur qui nous a conduit, dans le rapport que nous avons développé devant la Société de médecine légale en janvier 1944, au nom de la Commission dite « des Asiles de Buveurs », à préconiser non pas précisément des asiles, mais bien des *Centres de Rééducation pour buveurs* avec rééducateurs qualifiés. (*Ann. de médecine légale*, 1943, pp. 79-92).

des établissements prévus pour l'enfance inadaptée, auront pour tâche de poursuivre régulièrement, méthodiquement, à l'aide de techniques qu'il nous appartiendra de préciser, la rééducation des psychopathes à eux confiés par les médecins.

L'adulte inadapté doit être traité comme l'enfant inadapté. Les enseignements de l'un doivent pouvoir profiter à l'autre.

Pour ce qui est des problèmes éducatifs, ces derniers se développent d'ailleurs partout. Tout organisme social (établissement scolaire, professionnel, hospitalier) doit être compris, du point de vue de l'assistance et de l'hygiène générale, selon une formule pyramidale à quatre angles : technique, médical, social, psycho-éducatif. Il serait bon de considérer, dès maintenant, dans quelles mesures les services psychiatriques n'auraient pas eux-mêmes à aligner leurs formules d'assistance sur ces conceptions et à intégrer les problèmes psychoéducatifs dans la réorganisation psychiatrique de demain.

Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838, par M. P. SIVADON.

C'est en 1841, il y a déjà plus d'un siècle, que J.-P. Falret, médecin de la Salpêtrière, fondait une société de patronage pour les aliénés indigents sortant de son service. Dès l'année suivante, son exemple était suivi par David Richard, à Stephansfeld, puis par Baillarger. En 1860, Foville préconisait l'assistance des aliénés à domicile et en 1892, à la suite d'un rapport de Bourneville au Conseil Supérieur de l'Assistance publique, une circulaire invitait les préfets à créer dans leurs départements des sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.

Le problème de l'assistance post-asilaire n'est pas nouveau. La loi de 1838 en effet, consacrant le sens étymologique du mot « aliéné », s'attache presque exclusivement à séparer le malade de la société pour mieux les protéger l'un et l'autre. Mais la tâche du médecin est, en ce sens, inverse, de la préoccupation du législateur : il tend, par son effort thérapeutique, à réinsérer le malade dans un cadre social qui lui convienne.

C'est donc en marge de la loi de 1838 qu'ont été faits tous les efforts — encore fragmentaires et dus pour la plupart aux initiatives individuelles — pour créer en France une assistance post-asilaire.

Si cette absence de dispositions légales est sans importance majeure en ce qui concerne le patronage des sujets convalescents

ou guéris, il n'en va pas de même pour le patronage des sujets qui nous intéressent aujourd'hui : *les légers invalides mentaux socialement isolés*. Il n'est en effet possible d'assister utilement ces sujets, en dehors de l'asile, qu'en les maintenant sous une tutelle morale et administrative. Or, du fait même de leur insuffisance psychique, ils méconnaissent la nécessité de cette tutelle et cherchent à s'y soustraire. Elle doit donc leur être imposée. Et c'est sans doute la raison pour laquelle rien n'a été fait, en France — contrairement à de nombreux pays étrangers — pour cette catégorie de psychopathes.

Il s'agit en effet d'une catégorie bien délinée, comprenant les nombreux sujets atteints soit d'une tare psychique congénitale (débilité mentale, déséquilibre discret avec instabilité, etc.), soit d'une séquelle peu importante d'affection mentale (reliquat délirant sans activité, affaiblissement intellectuel résiduel, paralysie générale fixée, etc.) et conservant, en l'absence de tendances antisociales, une capacité ouvrière appréciable (supérieure à 50 0/0).

Il est nuisible, à divers points de vue, de conserver ces sujets dans des services fermés : il les encombrant inutilement ; ils y prennent des habitudes de paresse qui pourront rendre vaine, par la suite, toute tentative de réadaptation ; ils coûtent aux collectivités des sommes importantes alors qu'ils sont capables d'un rendement social non négligeable. (L'assistance matérielle donnée à un invalide mental devrait être proportionnelle au taux de son incapacité de travail : s'il est hospitalisé, cette assistance est toujours de 100 %). Cependant, en l'état actuel de notre assistance, leur maintien en service fermé s'impose le plus souvent, soit que leur invalidité ne leur permette pas de subvenir entièrement à leurs besoins matériels, soit parce qu'ils ont besoin d'une tutelle morale et administrative pour suppléer au milieu familial absent ou défaillant, soit parce que leurs tares psychiques ne leur permettent pas de trouver un travail normal, de façon permanente, dans des conditions suffisantes pour assurer leur entretien, soit parce qu'ils ont besoin d'une surveillance médicale spécialisée assidue en vue d'éviter ou de prévenir une aggravation ou une rechute.

Pour qu'un organisme de patronage puisse les prendre en charge, il faut donc qu'il ait le moyen de les considérer pratiquement comme des mineurs. A cette seule condition, il pourra exercer sur eux une surveillance efficace, les maintenir dans l'emploi qui leur aura été procuré et surveiller l'utilisation de leurs gains. Le seul moyen légal, en France, serait l'interdiction. C'est un procédé théoriquement parfait, mais en fait inutilisable

car il implique l'intervention de l'autorité judiciaire qui, de longue tradition, n'interdit que les sujets totalement déments ayant à gérer des intérêts matériels importants.

Un seul procédé reste donc actuellement possible : c'est de considérer le patronage comme un « établissement d'aliénés » régi par la loi de 1838. Rien ne s'oppose absolument à ce que des malades théoriquement internés mènent une existence relativement libre. Il existe des précédents : colonies familiales, congés d'essai. Ainsi, l'admission peut se faire par voie de transfert du service fermé au service de patronage. La tutelle morale est efficace grâce à la menace de réintégration possible en service fermé, sans formalité. La tutelle administrative reste assurée par l'administrateur provisoire des biens. Le problème financier, enfin, est simplifié, grâce au « prix de journée » perçu, sans qu'il soit besoin de prévoir des modifications importantes dans les habitudes administratives en ce qui concerne l'établissement du budget.

Pratiquement, l'organisation pourrait être la suivante : le patronage, rattaché administrativement à un hôpital psychiatrique, fonctionne comme un service de cet établissement. Il est dirigé par un médecin des hôpitaux psychiatriques et son personnel peut se réduire à quelques assistantes sociales. Le malade, admis par voie de transfert, reste théoriquement interné. Le service social lui procure un emploi en rapport avec ses aptitudes. Le patron, prévenu, donne un salaire établi, en accord avec le service, en tenant compte de la capacité ouvrière de l'intéressé. Ce salaire est versé, soit en totalité, soit en partie, à l'établissement. Une partie sert à amortir les frais, une autre est versée au compte patrimoine, une autre est laissée à la disposition du malade. Le complément indispensable au « minimum vital » lui est éventuellement fourni par le patronage soit en nature (habillement, hébergement, etc.), soit en numéraire.

L'assisté loge, soit chez lui, soit chez l'employeur, soit à l'établissement ou une de ses annexes. Il ne peut changer de conditions d'existence qu'avec l'autorisation du service. Ce dernier exerce un contrôle certain en ne lui versant l'argent nécessaire à sa subsistance que par petites portions, chaque semaine par exemple. Le service social le visite chez lui et s'assure des conditions de travail chez l'employeur. Ce dernier tient le service au courant de son rendement professionnel et des incidents susceptibles de survenir. Il est donc souhaitable que le patron s'intéresse personnellement à l'œuvre de réadaptation sociale poursuivie. C'est pourquoi l'existence d'une « Société d'aide aux invalides mentaux » groupant, outre quelques personnalités, les employeurs

susceptibles de procurer du travail aux malades, serait très souhaitable.

Il n'est pas possible, dans cette brève note, d'entrer dans le détail d'une telle organisation ni d'envisager tous les problèmes pratiques, administratifs et même juridiques qu'elle soulève.

Aucun de ces problèmes n'est d'ailleurs insoluble. Nous en avons acquis la conviction au cours d'un essai de plus de deux ans à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château. Ce mode d'assistance s'apparente, en effet, au placement familial de type disséminé tel qu'il se pratique dans certains pays et surtout en Ecosse. Sous le couvert de congés, d'essai de longue durée, nous avons ainsi placé, dans le Cher et dans l'Allier, plus de 20 sujets, soit dans des exploitations agricoles, soit dans des entreprises artisanales, soit même dans des usines. Ces sujets subvenaient entièrement à leurs besoins matériels. Il ne subsistait pour eux, de l'internement, que notre tutelle morale et aussi l'administration provisoire de leurs biens, qui restait assurée comme s'ils étaient à l'asile. Pourquoi, dès lors, ne pas les avoir remis en liberté ? Tout simplement parce qu'il s'agissait de sujets qui paraissaient incapables — et, pour quelques-uns, qui s'étaient révélés incapables — de vivre en liberté. Ils acceptaient d'ailleurs volontiers cette tutelle qui les assurait contre les imprévus de l'existence. En l'absence de service social, et malgré les difficultés de déplacement dues aux circonstances, nous pouvions les surveiller suffisamment pour éviter toute exploitation de la part de leurs employeurs et prévenir tout incident grave.

L'expérience prouve que la libération pure et simple de sujets encore relativement invalides et socialement isolés aboutit le plus souvent à un échec. Plus de la moitié des malades de ce type que nous avons pu suivre après leur libération, au cours de ces deux dernières années, ont été soit réinternés, soit emprisonnés à la suite de délits mineurs (vagabondage, grivèlerie, etc.). Nos malades en « congé d'essai de longue durée » se sont au contraire, pour la plupart, adaptés à leurs nouvelles conditions d'existence.

Les avantages de ce mode d'assistance sont autant d'ordre médical que d'ordre social et économique.

Au point de vue médical, il permet la sortie précoce de sujets qui, bien qu'apparemment guéris, ont une capacité sociale diminuée ou douteuse. Il évite ainsi des internements inutilement prolongés dont la conséquence est souvent une véritable « démenace asilaire ». Il désencombre les services fermés qui doivent devenir, de plus en plus, des organismes de traitement et non plus des hospices.

Au point de vue social, il permet d'assurer une assistance convenable aux nombreux amoindris qui, socialement isolés, sont actuellement voués, soit à l'asile, soit aux œuvres privées de charité, soit à la délinquance et à la prison. Il supprime pour ces sujets la pénible situation morale créée par la séquestration et l'oisiveté. Il permet, à défaut d'un véritable réapprentissage, un reclassement judicieux de sujets qui, du fait de leur tare ou des séquelles de leur maladie, ne trouvent plus leur place dans l'édifice social. Plus que d'une œuvre de rééducation, il s'agit d'une œuvre de réadaptation.

Au point de vue économique enfin, il permet de proportionner l'assistance matérielle donnée à un invalide mental à la diminution de sa capacité ouvrière. Le rendement d'une telle organisation doit, *a priori*, être au moins égal à celui de l'assistance familiale. C'est dire que le prix de journée sera, au minimum, trois fois moindre que celui des services fermés.

L'administration préfectorale de la Seine nous a autorisé à poursuivre dans notre service de Ville-Evrard l'expérience commencée à Ainay-le-Château, et ainsi à réaliser, sous forme embryonnaire, une partie du projet de patronage esquissé ci-dessus. Nous nous proposons, lorsque cette expérience aura été suffisamment poursuivie, de vous en soumettre, en toute objectivité, les résultats.

DISCUSSION

M. FOUCQUET. — L'intérêt de la communication de M. Sivadon est évident ; le problème de la post-cure a été envisagé par la Section de prophylaxie mentale de l'Office d'hygiène de la Seine, qui estime devoir s'occuper de toutes les questions d'assistance extra-hospitalière psychiatrique. Un projet actuellement à l'étude prévoit que les assistantes sociales spécialisées s'occuperont dans leur secteur des malades sortis s'ils ont de la famille. S'ils sont isolés, des homes de convalescence sont prévus, dont la plus grande partie ne sera pas sous le régime de la loi de 1838.

M. DONNADIEU. — Le placement agricole surveillé, tel qu'il est pratiqué à Chezal-Benoît, se fait d'accord avec l'autorité préfectorale. Celle-ci signe dans chaque cas un arrêté maintenant le malade sous la surveillance de la loi de 1838. Ce placement peut s'appliquer, non seulement aux invalides mentaux, en particulier aux débiles, mais parfois aussi à des malades au début (jeunes schizophrènes par exemple) qui, confiés à des patrons compréhensifs, peuvent être considérablement améliorés par le travail en dehors de l'asile.

M. LECONTE. — Successeur de M. Sivadon à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, je puis confirmer l'intérêt de sa communication

sur le système d'assistance qu'il préconise. J'avais déjà considérablement usé à Rouen des congés d'essais, aidé par une assistante sociale.

Un beaucoup plus grand nombre d'aliénés qu'on le croit peuvent vivre en liberté, mais il faut un milieu convenable et qu'il y ait « transfert » de malade à médecin. Je me souviens que j'avais été frappé, à la Salpêtrière, par le cas d'une grande persécutée, que mon maître Vurpas traitait à sa consultation depuis quinze ou vingt ans sans l'avoir jamais internée. Elle portait un grand chaperon et tout un arsenal vestimentaire de protection. J'ai continué les mises en congé à la Colonie, à l'instar de M. Sivadon, en les étendant à des malades qui ont peu de chances de sortir jamais.

Pour éviter l'allure policière des termes de liberté surveillée, j'ai intitulé ce mode de placement « régime de la liberté assistée ». Les malades le demandent, car il leur rend leur dignité d'hommes et divers avantages leur sont concédés, dont l'octroi d'une carte d'identité. En raison des difficultés vestimentaires actuelles, je laisse aux malades ainsi assistés le droit à l'habillement par les soins de la Colonie. Certains se sont placés fort loin. Ils doivent venir me voir au moins tous les trois mois ou sur convocation de ma part.

Bien que notre devoir soit de toujours demeurer médecin avant tout, il ne faut point pour cela se détourner des inévitables questions administratives qui nous incombent parfois. Ce système a l'avantage d'alléger considérablement les charges des collectivités payantes et doit être imposé quand il s'agit de pensionnaires qui vont jusqu'à gagner parfois le double de nos infirmiers ou de nos surveillants de placement.

Aussi ai-je rendu obligatoire le travail de tout sujet apte à travailler physiquement et mentalement afin d'enrayer les méfaits de l'oisiveté et de diminuer les cas de paresse pathologique ou d'alcoolisme chronique que j'ai parfois vu contracter dans les asiles, où l'alcool ne doit jamais être la récompense du travail.

J'envoie à la Colonie agricole de Chezal-Benoît (asile fermé) tous les buveurs impénitents et tout paresseux pathologique qui se refuse au travail, pour l'exemple et la bonne marche de la Colonie, où liberté et licence ne doivent pas être confondues.

Il est souhaitable de développer ce système au sein des hôpitaux psychiatriques. Cela aurait été avant guerre le secret du désencombrement. Il faut, en tout cas, sous peine d'incidents, peu de malades pour un même médecin et l'aide d'une assistante sociale attachée au service et sous les ordres directs du chef de service.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Episodes psychopathiques chez des tuberculeuses amoureuses de leur médecin, par Jacques Vié et M^{lle} MESSIN (*La Semaine des hôpitaux de Paris*, avril 1944).

Le caractère dominant de la psychologie des tuberculeux, écrivent M. Jacques Vié et M^{lle} Messin, c'est sans doute l'exacerbation de leur affectivité. Leur besoin d'amitié, d'affection, évolue souvent vers l'amour et, du côté féminin, il arrive qu'un sentiment légitime de reconnaissance à l'égard du médecin se prolonge en un sentiment plus tendre. Les interventions délicates de la thérapeutique actuelle (pneumothorax, thoracoplasties, sections de brides, etc.), qui nécessitent des soins assidus, prolongés, éveillent l'intérêt et la sollicitude du médecin, et déterminent l'attachement profond, la plupart du temps silencieux et discret, de certaines malades à leur médecin.

Mais, lorsqu'il s'agit de déséquilibrées, la réaction de la passion inassouvie peut se traduire par des épisodes psychopathiques. Si les cas de malades amoureuses de leurs médecins ont déjà été étudiés par Codet, R. Dupouy, Chatagnon, Picard, des observations concernant des malades tuberculeuses sont ici rapportées pour la première fois. Les trois malades de M. Jacques Vié et M^{lle} Messin, internées dans le service des aliénées tuberculeuses de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, sont, avec un niveau intellectuel différent, des imaginatives, de tendances romanesques. Chez toutes trois, l'insuffisance du jugement, la faiblesse originelle de la volonté, a laissé libre cours à la fantaisie, au dérèglement de l'affectivité. Privées de satisfactions amoureuses (deux d'entre elles parce que la maladie les a empêchées de se créer un foyer, la troisième parce que séparée de son mari par une longue captivité), elles ont dû subir des interventions thérapeutiques répétées. Chez les déséquilibrées, le point est vite atteint à partir duquel, hors des voies normales, se manifeste une déviation morbide.

Les états psychopathiques présentés par ces trois malades sont à base de

désespoir, d'obsession ou de délire. Il s'agit, non pas de cette érotomanie dont G. de Clérambault faisait le prototype des psychoses passionnelles, mais de phénomènes réactionnels transitoires, qui cèdent au changement de milieu, au séjour dans un hôpital psychiatrique (dans un service spécialisé pour le traitement des tuberculeux). M. J. Vié et Mlle Messin terminent cet intéressant travail en insistant sur la *curabilité* de ces syndromes réactionnels.

Si la prophylaxie en est assurément difficile, il ne sera pas inutile cependant d'attirer l'attention du phthisiologue sur le psychisme de ses malades et sur la circonspection qu'imposent en cours de traitement les anomalies mentales et le déséquilibre psychique ainsi que sur l'opportunité de faire appel au psychiatre quand l'expression, d'abord normale, de la reconnaissance, menace de prendre des proportions indésirables. Cela, afin de prévoir ou de limiter une efflorescence morbide et d'éviter des réactions qui peuvent être aussi dangereuses pour le médecin que pour la malade elle-même.

René CHARPENTIER.

Les psychoses de possession diabolique, par Jean LHERMITTE (*Revue médicale française*, avril 1944).

Rappelant avec quelle insistance les théologiens indiquent la nécessité de l'examen psychologique complet des sujets qui se déclarent soumis à l'influence maléfique du mauvais esprit, M. Jean Lhermitte rapporte cinq intéressantes observations de psychose de possession diabolique. Cette étude confirme que sous le nom de délire de possession démoniaque ou de démonopathie figurent des états psychopathiques multiples. Il ne s'agit là, ni d'un syndrome légitime, ni, et encore moins, d'une entité nosographique, mais seulement de la coloration de troubles mentaux divers, qu'il s'agisse de délires à base d'influence et d'automatisme mental comme dans les psychoses hallucinatoires chroniques, de psychonévroses comme l'hystérie, le pithiatisme, ou encore de manifestations d'un état constitutionnel comme la mythomanie.

René CHARPENTIER.

Affectivité animale et certaines névroses humaines, par O.-L. FOREL (de Prangins-Nyon). *Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, vol. III, fascicule 3, 1944).

Rappelant que les études récentes de psychologie des animaux ont apporté une précieuse contribution à la différenciation de la sphère affective acquise et de la sphère affectivo-instinctive innée, de même qu'à leur interpénétration et aux causes de leurs fluctuations, M. O.-L. Forel établit un parallèle entre ces faits d'observation et d'autres faits tirés de la psychopathologie humaine.

L'impossibilité d'une « liquidation affective » par évaison (chez la bête sauvage emprisonnée par exemple) et élection du lieu, résultant de la double action attraction-répulsion, peut créer chez certains animaux de graves désordres psychiques et, par extension, physiologiques.

Chez l'homme, les psychothérapeutes doivent leurs meilleurs succès à ces « liquidations affectives », quelle que soit d'ailleurs la méthode psychothérapique employée. Mais il est de grands obsédés et phobiques que personne,

ni aucune médication, n'a jamais guéri. Serait-ce parce que, chez eux, les valences affectives acquises sont trop faibles ou parce que les instinctives dominent en permanence ? Chez le « névrosé anxieux ordinaire », le psychothérapeute, s'il réussit, développe peu à peu les valences affectives d'attraction aux dépens des valences répulsives.

Estimant logique de penser que la crainte phobique n'est qu'une condensation et un symbole de charges affectives sous-jacentes, elles-mêmes primitives, M. O.-L. Forel conclut que la phobie ne serait alors qu'une rationalisation intellectuelle d'un état affectif puissant et tout près de l'instinct. Tout se passe comme si, par sa phobie, le malade réagissait pour s'assurer un mur de sécurité contre le milieu ambiant, mur de sécurité analogue à la « distance de sécurité » que s'assurent certains animaux en liberté. Chez le phobique, ce n'est pas la valence positive, attractive-affective acquise qui fait défaut, c'est la valence innée, répulsive qui, dominant tout, dresse un mur de plus en plus infranchissable. Par le truchement de leurs « tabous », de leurs obsessions, de leurs rites, les phobiques raccourcissent l'« équidistance répulsion-attraction », et cela leur permet d'évoluer au milieu de la société. Ce mur infranchissable est un mur protecteur. Et si le phobique est — comme tout le monde — prisonnier de ses valences instinctives, c'est un prisonnier relativement libéré des dépendances affectives. En fait, c'est à lui que l'entourage doit s'adapter.

Et M. O.-L. Forel termine ces intéressantes déductions par l'exposé des traits de caractères communs aux obsédés et qui sont la conséquence de ce trouble initial, mentalité de phobique, d'obsédé, comme il existe une mentalité d'anxieux ou de toxicomane.

René CHARPENTIER.

Troubles dynamiques de l'écriture au cours des psychoses schizophréniques, paranoïdes et maniaques dépressives, par LEWINSON (T.-S.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 102).

Les troubles dynamiques fondamentaux de l'écriture s'observent dans la schizophrénie, la psychose paranoïde et la psychose maniaque-dépressive. Le rythme est complètement troublé dans les trois dimensions : hauteur, largeur et vigueur. Les modifications de l'écriture peuvent s'observer longtemps avant le début de la psychose.

L. M.

Examens graphologiques en tant que méthode de contrôle de la théorie de l'hypnose, par BERTHOLD STOKVIS (d'Amsterdam). (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Il semble que les sujets hypnotisés modifient leur écriture selon le personnage qu'ils sont appelés à jouer au cours de l'hypnose, mais cela d'une manière incomplète, de sorte que l'auteur, à la fois, trouve dans l'analyse graphologique la confirmation de l'hypnose en tant que changement de la conscience de soi et constate que l'écriture de l'hypnotisé n'est pas affective. Importance médico-légale des examens graphologiques.

O. FOREL.

La méthode de Rorschach et son Ecole, par W. MORGENTHALER (de Muri-Berne) (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, volume 2, fascicule 1/2, 1943).

Le psychodiagnostic selon Rorschach est une méthode précieuse mais si compliquée et sensible qu'elle est exposée à plus de dangers que n'importe quelle autre : d'une part, le danger de canalisation, d'autre part le danger de déformation. Rorschach à peine mort, les plagiaires se sont jetés sur son œuvre. Quelques-uns l'ont compliquée à plaisir afin d'attirer l'attention sur eux.

Morgenthaler demande une consolidation de la méthode, sa mise au point par l'application à des gens normaux dans un but de standardisation. D'autre part, l'auteur demande une union-organisation des spécialistes de ce test.

O. FOREL.

Etude de la conscience chez les psychopathes, par OSGOOD (C.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 152).

Parmi les sujets atteints de maladies mentales, les déprimés sont ceux qui ont le plus conscience de leur état pathologique. L'absence de conscience n'est pas un signe de mauvais pronostic ; la guérison est même fréquente chez les malades qui n'ont qu'une conscience partielle de leur état. La perte de conscience est fréquemment associée à la désorientation, la pauvreté de la compréhension, le sentiment d'étrangeté, les troubles de la mémoire, les hallucinations, les illusions, le désordre des actes.

L. M.

Psychoses simulant la schizophrénie au cours d'un état émotionnel violent et se terminant par la guérison, par H. PASKIND et M. BROWN (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1379).

Les psychoses d'origine émotive sont considérées tantôt comme hystériques, tantôt comme schizophréniques, tantôt comme des psychoses « sui generis ». Leurs symptômes communs avec la schizophrénie sont le défaut d'attention, les hallucinations, les illusions, les troubles du jugement, l'hébétéude, l'apathie, l'engourdissement, la diminution de la parole spontanée, le maniérisme. Leurs caractères différentiels sont le début à la suite d'une émotion vive, l'évolution rapide, la guérison habituelle, la désorientation fréquente et l'amnésie consécutive portant sur la période des troubles mentaux.

L. M.

Paralysie générale associée à la psychose maniaque dépressive et à la schizophrénie, par ROTHSCHILD (D.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1043).

Etude de cinq cas de paralysie générale, qui s'accompagnèrent de psychose maniaque-dépressive et de schizophrénie. Leur évolution montra que les états psychosiques n'étaient pas causés par la syphilis cérébrale, mais

qu'ils étaient de réelles manifestations de la psychose maniaque-dépressive et de la schizophrénie, qui ont suivi leur cours indépendamment de la paralyse générale.

L. M.

Une forme atypique de la psychose périodique, par A. BARBÉ (*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 25 janvier 1944).

M. André Barbé rapporte les observations de deux malades suivies par lui, l'une depuis vingt-trois ans, l'autre depuis plus de dix ans et présentant toutes deux des accès à double forme : accès d'excitation « sensiblement classiques », mais non des accès de manie absolument typiques, et accès de dépression à forme de stupidité « ressemblant beaucoup à la stupidité catatonique ». Il conclut dans les deux cas à une forme atypique de la psychose périodique et fait observer que le pronostic de tels états doit être très réservé.

René CHARPENTIER.

Détermination du nombre des psychoses maniaques dépressives à la lumière d'études longtemps poursuivies, par P. HOCH et H. L. RACHLIN (96^{me} annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 22 mai 1940).

Sur 5.798 cas de schizophrénie, 413 furent diagnostiqués à leur début psychoses maniaques dépressives. D'après les auteurs, dans la plupart de ces cas, le diagnostic de schizophrénie aurait pu être posé. Les psychoses maniaques dépressives sont pour eux moins fréquentes qu'on ne l'admet généralement.

L. M.

Facteurs héréditaires dans l'étiologie de la psychose maniaque dépressive et de la démence précoce, par POLLOCK (H.) et MALZBERG (B.) (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1227).

Sur 2.377 malades atteints de psychose maniaque-dépressive, 58 parents sont atteints de troubles mentaux, parmi lesquels 15 frères et 14 sœurs. Sur 2.515 déments précoces, 74 parents sont atteints d'une maladie mentale, parmi lesquels 11 frères et 11 sœurs. Les tares mentales héréditaires dans ces deux affections ne présentent pas une différence notable ; elles ne sont pas seules en cause ; d'autres facteurs interviennent.

L. M.

L'origine constitutionnelle des désordres mentaux, par T. MOORE (96th annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 23 mai 1940).

Etude de la personnalité prépsychotique. Chaque type de psychose tend à rentrer dans un même groupe de particularités mentales. Les modalités mentales prépsychotiques des maniaques dépressifs revêtent certains caractères communs ; de même celles des schizophrènes, mais celles-ci ne se

superposent pas aux premières. Le désordre mental prend son origine dans un défaut constitutionnel du caractère, comprenant surtout un facteur émotif.

L. M.

L'hérédité des constitutions psychopathiques à la lumière de la méthode des jumeaux, par G. OANCEA URSU (66 pages, in *Revista de psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1944).

Analyse critique des différentes conceptions étiologiques des troubles d'adaptation étiquetés psychopathie ou constitution psychopathique et tout d'abord des conceptions des tenants de la psychologie sociale (Burgess et Thomas), de la « psychologie anormale et de l'hygiène médicale » (Freud, Adler, Rivers, etc...), conceptions qui accentuent « et même surestiment » l'importance du milieu social-cultural.

Tout autres sont les conceptions de Galton, Hoffmann, Lange, John von Verscher, Luxenburger, etc., issues de l'étude des jumeaux, conceptions dont l'initiative revient au travail de Galton (*History of Twins as a criterion of the relative powers of Nature and Nurture*) sur 80 paires de jumeaux. Cette étude, aussi claire que les travaux précédents de Galton sur les bases héréditaires des capacités humaines éminentes et illustres (*Ereditary Genius*) a servi de base à toutes les recherches ultérieures. Toutefois, d'une enquête personnelle sur 50 paires de jumeaux, G. Oancea Ursu conclut que si la conception galtonienne lui paraît plus que toutes les autres proche de la vérité, il convient d'accorder de l'importance au milieu, pour quelques types psychopathiques surtout.

Une seconde partie est consacrée à l'analyse des conceptions concernant la nature des psychopathies et spécialement de la conception de K. Schneider, ainsi qu'aux différents systèmes de groupement typologique (Krapelin, Birnbaum, Heinze, Schneider), en particulier à celui proposé par le groupe de l'Université de Cluj-Sibiu (Stefanescu, Gonga, Rosca, Cupcea). Ce dernier système est utilisé par l'auteur pour l'examen des réactions psycho-névropathiques de 50 paires de jumeaux. Un index bibliographique termine ce mémoire.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

De quoi et pourquoi rit-on ? Psychologie du rire, par LÉON JEANTET (*Revue philosophique*, avril-juin 1944).

Rappelant que, depuis Aristote, les philosophes recherchent la cause psychologique du rire, M. Léon Jeantet, dans cet intéressant mémoire publié après sa mort, critique tout d'abord la théorie originale et séduisante du Rire, émise par Bergson en 1899. Comme il l'a indiqué lui-même dans le sous-titre de son livre, Henri Bergson, négligeant le rire de la joie, n'a étudié que le rire dû au comique ; il n'a pas établi une définition en forme s'appliquant à tous les cas, et aux seuls cas où se produit le comique ; il a limité le comique à ce qui est ou semble proprement humain, refusant

aux animaux le don de faire rire ; il assure que le rire aurait un but d'intimidation sociale ; pour lui l'absurdité, pour être comique, ressemble nécessairement à celle du rêve (c'est-à-dire à celle de Don Quichotte qui, partant d'une idée fausse, agit ensuite logiquement), ce que conteste M. L. Jeantet ; la théorie du mécanique plaqué sur du vivant est loin d'être applicable à tout ce qui est comique, elle ne l'est nullement à l'égard des échecs à la morale, aux mœurs, à l'autorité.

Après ces critiques, et d'autres faites au cours de son étude, M. L. Jeantet propose une nouvelle théorie du rire. Le rire et le sanglot sont des spasmes dus à la vivacité (accrue par la soudaineté) d'un plaisir pour le premier et d'une peine pour le second ; le sourire est une esquisse du rire, de même que les larmes n'aboutissent pas toujours aux sanglots. Ces corrélations sont confirmées par le fait que l'on peut pleurer de joie, que l'on peut aussi avoir un rire amer.

Le plaisir qui produit le rire a des causes objectives (propres à ce dont on rit : nos succès, les échecs d'autrui provenant, soit de fautes et défauts individuels, soit de fautes et défauts collectifs) et des causes subjectives (propres à celui qui rit). Analysant les caractères du rire, l'auteur montre par des exemples que le rire n'est pas spécifiquement humain ; l'animal fait rire et peut rire. Toujours involontaire, le comique n'est pas toujours inconscient. Il n'a pas toujours un but d'intimidation sociale, il ne cherche pas à corriger, il est amoral. Passant ensuite en revue les procédés de fabrication du comique, M. L. Jeantet signale l'imitation, la répétition, l'inversion ou transposition, l'interférence de séries indépendantes, l'accumulation, l'assimilation. Il termine par l'exposé des variétés du rire et du ridicule et des principaux modes d'expression du comique : quiproquo, parodie, paradoxe, calembours et jeux de mots, ironie et humour.

Après avoir donné les motifs de sa théorie nouvelle du rire et apporté de nombreux exemples à l'appui de sa conception, M. L. Jeantet termine par une définition générale : « Le rire est l'expression physiologique du vif et « malin plaisir que nous prenons aux succès de notre vanité ou aux échecs « de la vanité d'autrui. Nous rions donc quand nous constatons, avec plus « ou moins de vivacité et de malignité, soit nos propres succès, soit les « défauts, les fautes et les autres échecs de l'intelligence, de la volonté « et de la puissance d'autrui. »

Comme on le voit, la première de ces deux propositions répond à la question subjective : « Pourquoi rit-on ? ». La seconde, comme corollaire, répond à la question objective : « De quoi rit-on ? ».

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Bravais-Jacksonisme provoqué. Troubles de l'orientation spatiale, par ANDRÉ-THOMAS (*La Presse médicale*, 18 mars 1943).

M. André-Thomas rapporte deux cas d'épilepsie réflexe provoquée. Dans le premier cas, chez un hémiplectique âgé de 47 ans et ayant présenté des crises comitiales, l'exploration de la sensibilité suffit à déclencher brusquement des secousses cloniques dans les muscles de l'hémiface droite chaque fois que la pointe est appliquée à l'entrée du conduit auditif du même

côté. Des stimuli variés sur un assez grand nombre de régions de l'hémicorps droit déterminent des crises cloniques débutant par la face et toujours localisées à l'hémicorps droit, pouvant atteindre l'agitation convulsive avec état d'angoisse. Le contact du rasoir, de la brosse à dents sur la gencive, le frôlement plantaire suffisent. La crise est déclenchée comme un réflexe chez un sujet porteur d'une lésion cérébrale de nature et de siège indéterminés.

Dans le deuxième cas, chez un homme d'une cinquantaine d'années, sur un terrain sensibilisé par une blessure antérieure (1916) et l'extraction de corps étrangers de l'écorce cérébrale (1932), des excitations périphériques déclenchent des secousses du type bravais-jacksonien, mais la nature ou le siège de stimuli ne sont pas indifférents et jouent, à côté de l'irritabilité de l'écorce, un rôle important dans la production des secousses musculaires. Le mécanisme, dans ce second cas, rappelle davantage celui des phénomènes de répercuissivité.

Le malade de la première observation présente, en outre, des troubles de l'orientation spatiale, troubles localisés au membre supérieur droit, troubles plus praxiques que gnosiques, car la situation de l'objet dans l'espace est nettement perçue. M. André-Thomas ajoute avoir déjà observé ce trouble comme un signe précoce dans un cas de tumeur très volumineuse de la région fronto-pariétale.

René CHARPENTIER.

Encéphalite tuberculeuse terminale du type inflammatoire au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë, par J. VIDAL, FOURCADE et M^{lle} GINARD. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943. *Montpellier médical*, sept-oct. 1943).

Observation d'encéphalite exsudative et dégénérative terminale dans un cas de tuberculose pulmonaire aiguë chez une malade présentant depuis l'adolescence des crises d'épilepsie.

R. C.

Syndrome thalamique avec hémiplegie et amblyopie unilatérale consécutifs à la foudre, par L. FROMENTY (de Tours). (*Société de médecine légale de France*, séance du 13 décembre 1943. *Annales de médecine légale*, janvier-février 1944).

Observation d'un homme de 26 ans atteint, la nuit, par la foudre, au cours d'un orage, alors qu'il passait à proximité d'un poteau de haute tension. Hémiplegie droite complète avec hyperalgésie, le moindre contact sur la moitié droite du corps déclenchant un état de rigidité. Amblyopie de l'œil droit, qui n'a que la perception lumineuse. Amélioration rapide; le malade quitte l'hôpital onze jours après la fulguration, conservant de l'hémiparésie droite avec rigidité musculaire et troubles de la sensibilité du même côté. L'auteur émet l'hypothèse d'hémorragies discrètes au niveau des noyaux de la base du cerveau, ayant également irrité la capsule interne du côté gauche, cette région présentant une fragilité particulière, aussi bien à l'électrocution et à la fulguration qu'aux chocs mécaniques.

Les observations de lésions nerveuses isolées après électrocution et surtout après fulguration sont rares.

René CHARPENTIER.

Tétanos céphalique avec hydrophobie, par V. de LAVERGNE et HELLOY (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1944).

Observation de cette forme, si rarement rencontrée, du tétanos céphalique, suivie de commentaires sur le mécanisme de l'hydrophobie. R. C.

Syndromes névraitiques à virus neurotropes, par G. GIRAUD, J-M BERT et P. MAS. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 février 1943, *Montpellier médical*, mai-juin 1943).

A propos de douze observations de syndromes névraitiques primitifs, les auteurs insistent sur l'extrême polymorphisme des déterminations, paraissant devoir être rapportées à la localisation d'un virus neurotrope. La soudaineté de ces déterminations, leur mobilité, leur fugacité, leur évolution par poussées successives, sont les caractères habituels, d'ailleurs inconstants, de ces déterminations. Aucun critère clinique ou biologique pathognomonique ne permet d'affirmer leur unité étiologique. R. C.

Quelques cas d'infections à virus neurotrope (formes poliomyélitique, polioencéphalitique, polynévritique), par L. RIMBAUD, H. SERRE et A. VEDEL (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 juin 1943. *Montpellier médical*, sept-oct. 1943).

La première observation est celle d'un syndrome de poliomyélite antérieure subaiguë chez un homme de 57 ans. Cas très voisin de la forme classique décrite par Alajouanine mais s'en différenciant par le début rhizomélisque de l'amyotrophie et l'existence de troubles sensitifs.

La deuxième observation concerne un syndrome, au complet, de polioencéphalite inférieure chronique, à évolution lentement progressive, chez un homme de 58 ans.

La troisième observation, syndrome de Landry polynévritique curable, chez un homme de 63 ans, est intéressante par la brutalité de son début (quadruplégie complète en vingt-quatre heures), par ce symptôme de caractère exceptionnel qu'est la diplopie faciale, par une évolution spontanée vers la guérison.

Les auteurs font remarquer que les deux premiers cas concernent des mineurs de même âge, habitant à quelques kilomètres l'un de l'autre et qu'une enquête médicale leur a montré l'existence, à quelques kilomètres de là, de plusieurs cas d'un syndrome ressemblant à la poliomyélite. Infection par un virus neurotrope sous des modalités cliniques différentes ? Ils en émettent légitimement l'hypothèse.

René CHARPENTIER.

La neurolymphomatose des Gallinacés. Etude d'une épidémie dans un élevage, par J. LHERMITTE, J. de AJURIAGUERRA et SOUQUET (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 30 novembre 1943).

Intéressante étude étiologique, épidémiologique, clinique et histopathologique de cette singulière maladie pour laquelle Marek avait proposé le nom contestable de « polynévrite aviaire », et qui présente le double inté-

rêt, d'une part, de poser le problème des leucémies avasculaires dans leur rapport avec les infections et, d'autre part, de pouvoir atteindre l'homme (J. Lhermitte et J.-O. Trelles). Il s'agit probablement d'un virus spécifique présentant une affinité particulière pour les Leghorns très sélectionnées de grand élevage. L'affection peut ne pas entraîner de paralysie et se manifester seulement par des troubles digestifs. Les formes paralytiques varient du « cou mou » à la perte complète de tous les mouvements. Au point de vue histologique, on note une infiltration par des cellules mononucléées du type lymphocytaire, de tout le système nerveux central et périphérique, plus intense dans les méninges et les espaces périvasculaires, mais très nette en pleine substance nerveuse ; les nerfs périphériques sont l'objet d'une infiltration massive. Ces infiltrations lymphocytiques, qui n'entraînent que de faibles dégénération des fibres et des cellules nerveuses (ce qui explique des guérisons complètes et définitives, d'ailleurs exceptionnelles), ne se limitent pas nécessairement au système nerveux mais peuvent atteindre les viscères, les muscles.

Chez certains sujets, la neurolymphomatose s'accompagnant secondairement d'avitaminose B1 (la diarrhée, l'inappétence, compromettant l'équilibre vitaminiqne), on peut observer les crises toniques du cou, caractéristiques chez l'animal de la carence en vitamine B1.

René CHARPENTIER.

Le mal de Pott cervical mélitococcique, par L. RIMBAUD, P. LAMARQUE et H. SERRE (de Montpellier). (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 23 novembre 1943).

A propos de deux nouvelles observations, les auteurs montrent que la brucellose vertébrale, décrite en 1933 par L. Rimbaud et P. Lamarque, peut, dans sa forme cervicale comme dans sa localisation habituelle dorso-lombaire, être prise pour de la tuberculose. Ils soulignent cependant trois signes radiologiques, le peu d'intensité de la décalcification, l'absence d'effondrement total créateur de gibbosité, l'association d'un processus constructif avec ostéophytose de voisinage, qui avec la multiplicité des localisations rachidiennes sont des éléments distinctifs de grande valeur, à ajouter aux notions étiologiques et aux données du laboratoire.

Diagnostic délicat, surtout pour sa localisation cervicale jusqu'ici considérée comme exceptionnelle, mais diagnostic d'une importance considérable puisqu'il évite au malade une longue immobilisation avec ankylose consécutive. Par la physiothérapie, par les arsénobenzènes et, dans les formes tenaces, en y associant le choc pyrétogène (dmeleos), une amélioration sensible survient en quelques semaines. L'évolution favorable, et même rapide, si on la compare à l'évolution d'une tuberculose rachidienne, vient confirmer l'exactitude du diagnostic.

René CHARPENTIER.

Cinq cas d'intoxication par le redoul (*Coriaria myrtifolia*), par L. RIMBAUD, H. SERRE et P. PASSOANT (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943. *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Répandu dans la région méridionale, le redoul est toxique par ses baies et par ses feuilles. Les cinq cas rapportés ici furent consécutifs à l'ingestion

des baies, qui rappellent assez grossièrement les fruits de la mère noire, et dont la toxicité est due à un glucoside, la coriamyrtine.

Le tableau clinique est celui de crises convulsives à caractère épileptique, très fréquentes, pouvant aboutir à un véritable état de mal. Dans l'un de ces cinq cas, la mort survint au cours d'une crise convulsive. Les quatre autres cas ont guéri. En raison de l'antagonisme barbiturique-coriamyrtine, les auteurs conseillent le traitement par les barbituriques.

René CHARPENTIER.

Intoxication familiale collective à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du tri-orthoerésyl-phosphate. Caractères topographiques et cliniques de cette variété de polynévrite par Th. ALAJOUANINE, G. BOUDIN, Ch. COURY et Cl. VILLEY (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 10 décembre 1943)

Présentation de trois malades, le père et ses deux filles, atteints d'une paralysie des sciatiques poplitées externe et interne, totale chez les deux filles, incomplète chez le père, avec abolition des réflexes achilléens, absence de troubles sensitifs objectifs, mais avec douleurs musculaires spontanées et provoquées. Ces paralysies se sont développées rapidement, sans fièvre, avec un subictère chez une fille, un épisode diarrhéique chez le père, faisant suspecter une intoxication alimentaire, d'autant plus que la mère, absente alors, est restée seule indemne de la famille. Les recherches portant sur leur alimentation ont permis de démontrer qu'une huile, ingérée à plusieurs reprises en salade, contenait du tri-orthoerésyl-phosphate.

Les auteurs insistent sur les caractères topographiques, cliniques et évolutifs de ce type de polynévrite dû à une substance également en cause dans les polynévrites par créosote, dans les polynévrites de la « ginger beer » des Etats-Unis, dans les polynévrites de l'apiol, et dont les méfaits, lors de son association à certaines huiles, déjà connus, méritent actuellement d'être soulignés.

R. C.

Les troubles d'origine médullaire dans l'intoxication par le triorthoerésylphosphate, par Georges GUILLAIN et P. MOLLARET (*Société de biologie*, séance du 12 février 1944).

S'appuyant sur l'observation de douze cas de troubles paralytiques consécutifs à l'usage d'aliments préparés avec des huiles industrielles contenant du triorthoerésylphosphate, MM. Georges Guillain et P. Mollaret attirent l'attention sur l'erreur de considérer ces troubles comme uniquement dus à des polynévrites. Si celles-ci sont incontestables, il existe aussi des lésions des cornes antérieures de la moelle et des voies pyramidales.

R. C.

Poly-radiculo-névrite de Guillain-Barré associée à un syndrome de déséquilibre alimentaire, par L. RIMBAUD, H. SERRE, et P. PASSOUANT. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943. *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Chez un pupille d'une maison de redressement, âgé de 19 ans, très amaigri, à artères déjà dures, avec polyurie, bradycardie, hypotension artérielle,

apparition brusque d'un syndrome neurologique : paraplégie d'installation et de disparition rapides avec hyporéflexie persistante, ataxie cérébelleuse, dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Evolution constamment apyrétique. Guérison rapide après injections de vitamine B1. L'absence de tout phénomène infectieux, la rapide régression des signes neurologiques par la vitaminothérapie, permettent de penser à une relation de cause à effet entre le déséquilibre alimentaire et l'atteinte radiculo-névritique.

René CHARPENTIER.

Polyradiculonévrite ascendante avec dissociation albumino-cytologique.

Albuminorachie à 20 grammes. Origine vraisemblablement diphtérique, par J. BOUCOMONT et R. SARRAN. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 juin 1943, *Montpellier médical*, sept-oct 1943).

Polyradiculonévrite ascendante curable chez un enfant de 5 ans 1/2 avec dissociation albumino-cytologique très importante du liquide céphalo-rachidien puisqu'on trouva des taux d'albumine de 8 gr. 50, 16 gr. et même 20 grammes. Tableau clinique du syndrome de Guillain-Barré. La présence de bacilles de Loeffler, l'apparition du syndrome après une angine à fausses membranes au cours d'une épidémie de diphtérie, autorisent les auteurs, malgré l'absence de paralysie du voile du palais et l'absence de paralysie de l'accommodation, à conclure à l'origine diphtérique de cette polyradiculonévrite.

René CHARPENTIER.

Syndrome de Guillain-Barré. Evolution lentement ascendante; paralysie respiratoire grave au deuxième mois; guérison après séjour de 5 jours dans le « poumon d'acier », par Massot et Dubois (de Rennes). (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 14 janvier 1944).

Observation d'un jeune homme de 17 ans qui fit, au 2^e mois d'un syndrome de Guillain-Barré typique, une paralysie respiratoire grave. Un séjour de 5 jours dans le « poumon d'acier » permit de pallier aux accidents qui, sans lui, eussent été certainement mortels. L'évolution reprit ensuite sa benignité habituelle, et se fit lentement vers la guérison, l'atteinte nerveuse s'atténuant dans le sens inverse de la progression ascendante du début.

R. G.

Maladie de Kaposi et troubles nerveux, par SÉZARY, BÉLGERT et SÉNÉGAL. (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 9 décembre 1943).

Chez une femme atteinte d'une maladie de Kaposi encore discrète, les auteurs ont observé des troubles nerveux consistant en faiblesse musculaire avec atrophie, signe de Babinski, réflexes vifs sans clonus, sans aucun trouble cérébelleux, sensitif ou sphinctérien, avec liquide céphalo-rachidien totalement normal. Les auteurs sont peu disposés à admettre l'existence d'une sclérose en plaques concomitante. Ils pensent plutôt à l'existence de lésions kaposiennes du névraxe sans souscrire pour cela à la théorie de l'origine nerveuse de l'affection.

R. G.

Maladie de Unna-Kaposi, par GOUGEROT (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 13 janvier 1944).

Présentation d'un homme atteint de lésions typiques de la maladie de Unna-Kaposi, localisées surtout aux membres inférieurs ; la biopsie confirma le diagnostic. Ces lésions s'accompagnaient de douleurs intenses, polynévritiques ; la vitamine B1 améliora nettement les douleurs, en même temps que les lésions cutanées.

R. C.

Plaies pénétrantes de la moelle. Contribution à leur étude clinique et thérapeutique, par M. R. KLEIN et GUIOT (de Paris). (*La Presse médicale*, 5 février 1944).

Les données cliniques doivent être interprétées de manière à reconnaître la gravité de la lésion nerveuse et à en fixer le pronostic.

Dans la section anatomique de la moelle, les escarres surviennent de façon foudroyante dans les vingt-quatre premières heures : elle est irrédUCTIBLE, les réflexes de défense sont et resteront définitivement absents. Le pronostic est fatal. Tandis que dans la section physiologique de la moelle, au contraire, l'amélioration pourra survenir spontanément ou grâce à l'intervention, et se poursuivre jusqu'à la guérison. La symptomatologie se modifie constamment selon un ordre très régulier, décrit par les auteurs en cinq stades successifs qui permettent de savoir où en est l'état du malade. Cependant, la hauteur de la lésion, son ancienneté, l'existence aussi de lésions destructives, peuvent apporter à ce tableau des modifications.

MM. Klein et Guiot distinguent les sections totales, les sections partielles et les lésions de la moelle. Les lésions médullaires sont souvent disproportionnées avec la gravité du syndrome clinique. Sauf dans les cas de section totale, il faut intervenir chez tous les blessés. Après l'opération, l'amélioration se fait dans les semaines qui suivent. Les soins post-opératoires sont de très grande importance.

Les auteurs attirent l'attention sur le fait qu'une cicatrice souvent petite et l'adhérence de la moelle suffisent à arrêter l'influx nerveux et à donner un tableau d'atteinte grave de la moelle.

René CHARPENTIER.

Acropathie ulcéro-mutilante unilatérale avec aréflexie, par G. GIRAUD, J.-M. BERR, T. DESMONTS et J. RODIER. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 janvier 1943. *Montpellier médical*, mars-avril 1943).

Observation de troubles trophiques du pied gauche avec aréflexie tendineuse, aux deux membres inférieurs, hyposthésie de la face externe de la jambe gauche, anomalies morphologiques du crâne, chez un jeune homme. En dépit de l'absence du caractère familial de l'affection et de l'absence de symétrie, les auteurs rapprochent cette observation des cas d'acropathie ulcéro-mutilante familiale décrits par M. Thévenard, qui en attribue l'origine à des anomalies médullaires autonomes.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Indications opératoires dans les grands traumatismes de la moelle épinière, par J. LHERMITTE (*Bull. de l'Académie de chirurgie*, séance du 19 avril 1944).

M. J. Lhermitte distingue les sections complètes de la moelle, avec conservation du fourreau dure-mérien, les sections avec lésion de cet étui, les sections incomplètes. Le signe le plus net des sections complètes est la disparition de toutes les sensibilités et l'apparition rapide d'hématomes et d'escarres très importants. Il faut apprécier les troubles de la sensibilité en se méfiant des assertions des malades et en connaissant les réorganisations curieuses du segment médullaire au-dessous de la section. Le niveau des lésions peut être précisé par la clinique, mais il est impossible d'apprécier ainsi la qualité des lésions. Ni les radiographies, ni les ponctions ne permettent de les évaluer correctement. La laminectomie précoce permet seule de lire les lésions ; en cas de section complète, on peut toujours réduire plus aisément la fracture et rétablir l'intégrité du fourreau dural. S'il n'y a que commotion, la laminectomie permet à la moelle œdématisée de jouer plus librement. Les tentatives de myélorraphie n'ont pas donné de résultat.

Chez les anciens traumatisés, avec paralysies persistantes, l'intervention donne souvent des améliorations en dégageant les coalescences entre la moelle et l'étui dural.

B. C.

Blessure cranio-cérébrale par éclat d'obus intéressant le sinus frontal avec projectile inclus profondément dans le lobe frontal. Extraction et parage : guérison « ad integrum ». Présentation de radiographies, par DESORGER (*Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, séance du 8 juin 1943).

M. Desorger rapporte l'observation d'un blessé présentant une plaie cranio-cérébrale intéressant le sinus frontal. Il confirme les observations de Garcin et Guillaume et insiste sur la gravité de ces plaies se compliquant de lésions des sinus, sur l'intérêt de la sulfamidothérapie associée au traitement chirurgical et à la destruction de la muqueuse des sinus.

R. C.

Un cas de lobectomie frontale bilatérale partielle, par NICHOLS et Mc VICKER HUNT (*The American Journal of Psychiatry*, mars 1940, p. 1063).

Examen psychologique d'un homme de 39 ans, qui a subi à 34 ans une intervention pour méningiome cérébral et au cours de laquelle on excisa les zones antéro-inférieures des deux lobes frontaux. Le comportement du sujet est loin d'être normal. Il n'a plus aucune initiative et ses actes ont une tendance à être stéréotypés. L'examen psychologique pratiqué au moyen de nombreux tests montre : perte de tout rendement effectif, inconscience de sa situation ; niveau mental entre 7 et 8 ans, erreurs dans les opérations d'arithmétique, incapacité de retenir plus de deux nombres dans une série de plusieurs nombres, incapacité d'envisager plusieurs aspects d'une situa-

tion. Les auteurs résument les caractères de cet affaiblissement mental en une perte du pouvoir d'abstraction et concluent que les lobes frontaux ne doivent pas être considérés comme des zones cérébrales silencieuses. Dans le cas actuel, la neurochirurgie a substitué une maladie mentale à une autre.

L. M.

Epilepsie du moignon et moignons douloureux. (Considérations thérapeutiques et physio-pathologiques), par E. CARROT et M. DAVID (*Revue neurologique*, septembre-octobre 1943).

A propos de trois observations, MM. E. Carrot et M. David concluent à la nécessité de se départir de tout esprit systématique pour poser les indications opératoires dans les cas d'épilepsie du moignon ou d'algies chez des amputés. Ils conseillent de toujours essayer les interventions simples (infiltration des névromes et du sympathique, artériectomie) avant des opérations plus compliquées (opérations sur le sympathique, radicotomie, myélotomie, cordotomie bulbo-protubérantielle, résection ou coagulation de la zone corticale pariétale correspondante). Ils estiment qu'une radicotomie étendue, associée ou non à une stectomie, devra toujours être pratiquée avant la myélotomie dans les cas de moignons douloureux du membre supérieur ; en cas d'échec, on pourra avoir recours à la cordotomie bulbo-protubérantielle selon la technique de Clovis Vincent.

Au cours des interventions pratiquées, MM. E. Carrot et David ont noté des faits physiologiques intéressants, particulièrement en ce qui concerne les modifications du membre fantôme après radicotomie, de même que la disparition d'emblée, après radicotomie postérieure, de troubles vaso-moteurs très anciens, communément admis comme d'origine sympathique et sur lesquels toute thérapeutique sympathique (stectomie en particulier) était restée sans effet.

René CHARPENTIER.

La transfusion du sang par la voie sternale, par G. GIRAUD et T. DESMONTS (*Montpellier médical*, janvier-février 1944).

Chez les malades qui ont des veines petites ou cachées, ou qui sont en état de collapsus, chez les œdémateux aussi, la transfusion du sang présente souvent des difficultés. On peut alors avoir recours à la voie sternale. La technique indiquée ici par MM. G. Giraud et T. Desmots est des plus simples, tant pour la transfusion de sang citraté que pour la transfusion de sang non citraté. Le sternum est ponctionné avec une aiguille à ponction sternale ordinaire : une bonne aspiration de pulpe sternale fait aussitôt communiquer les lacs sanguins avec l'aiguille. Pour transfuser du sang non citraté, MM. G. Giraud et T. Desmots utilisent l'appareil d'Henry et Jouvet. Les résultats sont excellents, l'opération est facile, le sang passe avec une vitesse suffisante et la quantité de sang à injecter n'est pas plus limitée que par voie veineuse. Dans aucune des trente transfusions ainsi pratiquées, il n'a été observé de choc. L'action antihémorragique de la transfusion serait même plus puissante par voie sternale que par voie veineuse.

René CHARPENTIER.

Diagnostic et traitement de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin), par Louis RIMBAUD (*Diagnostics et traitements*, octobre 1943).

Poliomyélite antérieure aiguë frappant d'ordinaire les enfants, d'où son nom de paralysie infantile, la maladie de Heine-Medin, due à un virus neurotrope spécifique (Landsteiner et Popper) et se manifestant en général par poussées épidémiques, doit être nettement séparée de divers syndromes poliomyélitiques circulatoires ou infectieux n'ayant de commun avec elle que la localisation élektive du processus lésionnel sur les cornes antérieures de la substance grise de la moelle (névrauxite épidémique, myélites aiguës grippales ou typhoïdiques, formes amyotrophiques de la syphilis spinale et de la polyradiculite curable de Guillain et Barré). Sauf à la période de début, où le diagnostic est difficile, le groupement des signes cliniques et les conditions étiologiques imposent le plus souvent le diagnostic de maladie de Heine-Medin. Cependant, quand, dans les formes atypiques, l'infection atteint les voies pyramidales dans le faisceau antérieur ou latéral, s'étend à l'encéphale, touche la mènige, se localise étroitement à un nerf périphérique (facial), le diagnostic devient particulièrement difficile : l'épreuve de neutralisation du virus étant délicate et n'ayant de valeur indiscutable que lorsqu'elle est négative, il faut pratiquement se baser sur la notion de contagion et d'épidémicité.

Le traitement-type est la sérothérapie spécifique (sérum de Pettit, sérum de convalescents ou d'anciens malades) si on peut l'appliquer précocement : il est sans action quand la fonte musculaire s'est établie. On peut associer à la sérothérapie l'administration buccale de chlorate de potasse et la radiothérapie qui en renforce l'action. De nombreux moyens physiothérapiques seront aussi mis en œuvre : ionisation ou diélectrolyse transecérébro-médullaire d'iode, galvanisation rythmée à la période d'amyotrophie avec baignation chaude, diathermie, ondes courtes, rayons ultra-violets, mécano-thérapie prudente et méthodique, interventions chirurgicales (ténotomie, transplantation de muscles, arthrodèse). N'appliquer d'appareils orthopédiques qu'après obtention de toute l'amélioration fonctionnelle possible.

Dans les formes hautes (type cervico-brachial), l'atteinte bulbaire et la paralysie respiratoire peuvent imposer la mise temporaire du malade dans le « poumon d'acier ».

René CHAUPENTIER.

Séquelles de poliomyélite, par le Professeur P. NICOD (de Lausanne) (communication à la 52^e Assemblée de la Société Suisse de neurologie, *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol LII, fasc. 2, 1943)

Le polymorphisme de l'affection se traduit tant par la très grande variété des symptômes cliniques, son évolution dans le masque des maladies les plus diverses, que par la répartition si variable des troubles moteurs ou trophiques, leur caractère régressif ou définitif, et la durée de la période de régression des troubles, qui peut varier de 2 ou 3 mois jusqu'à 4, 5, 10 ans et même au delà. Il ne faut pas confondre la régression, par régénération de la cellule nerveuse et du cylindre-axe, avec la récupération fonctionnelle de muscles paralysés puis ayant récupéré leur influx nerveux mais sans retrouver leur fonction par suite d'obstacles d'ordre statique ou mécanique. Il n'y a pas non plus toujours parallélisme dans l'intensité des altérations motrices et des troubles trophiques, par exemple entre la paralysie des muscles et la croissance du squelette du membre.

Quatre à six semaines après le début de l'affection, il faut commencer la physiothérapie et la mécanothérapie. Appareillage et interventions chirurgicales orthopédiques viennent ensuite. Le polymorphisme des séquelles appelle une échelle et une gamme thérapeutique non moins variées, mais ce traitement doit être précoce et la mobilisation passive précéder la mobilisation active. L'effort volontaire fait par le malade constitue un élément très favorable du traitement et doit être lentement progressif. Ne pas se hâter d'opérer ou de faire porter des appareils de maintien. On n'est en droit d'avoir recours à l'opération qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la physiothérapie (massage, électrothérapie par courant galvanique léger, ionisation iodurée, diathermie, bains de lumière, mécanothérapie lentement progressive, reprise modérée de la marche), et cela pendant longtemps. Telles sont, après quarante-cinq ans de pratique, les conclusions du Professeur P. Nicod.

René CHARPENTIER.

Hémorragie méningée survenant à la fin d'un traitement arsenico-bismuthique, par J. MARGAROT, P. LIMBAUD, J. RAVOIRE et J. RODIER. (*Société des séances médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943, *Montpellier médical*, sept-oct. 1943).

Un jeune homme de 20 ans, dont le traitement interrompu après la 3^e injection de novarsénobenzol pour un érythème biotrope, avait été repris quelques jours plus tard, au cours d'un traitement mixte par le novarsénobenzol et l'amphomuth, présenta, vingt-quatre heures après la dernière injection de novarsénobenzol, une hémorragie méningée avec état semi-comateux, hémiplegie droite accompagnée de contracture, des phénomènes convulsifs généralisés, de l'exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, liquide céphalo-rachidien hémorragique. Mort dès le lendemain. Les auteurs rapprochent ce fait des accidents hémorragiques tardifs des traitements novarsénobenzoliques (purpura, hématièmese) provoqués par des altérations vasculaires et considérés comme de nature toxique.

René CHARPENTIER.

Intoxication arsenicale par l'arsénobenzène, par FLANDIN, RICHON et CHAPUIS (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 11 novembre 1943).

Observation d'un syphilitique de 20 ans, pesant 55 kg., qui reçut 8 g. 70 d'arsénobenzène en trente-quatre jours (1 g. 05 tous les trois ou quatre jours). Ce malade présenta de l'ictère, une érythrodermie vésiculo-œdémateuse, une fièvre à 40°, des urines rares, albumineuses, des pigments biliaires dans le sang et une polynévrite des quatre membres avec paralysie.

R. C.

Mort au cours d'un traitement arsénical (dosage de l'arsenic dans quelques viscères), par TOURAINE, CHÉRAMY et HADENGUE (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 9 décembre 1943).

Les auteurs ont dosé l'arsenic dans quelques viscères d'une femme morte le 4^e jour après la dernière injection d'une série régulière d'arsenic suppor-

tee jusque-là sans aucun incident : le tableau était celui de l'encéphalopathie arsenicale classique. Pas d'autre lésion à l'autopsie qu'une légère congestion des centres ovales. La dose d'arsenic était la même dans le cerveau et le bulbe que dans le sang (1 mg. par kg.) ; elle était six fois plus forte dans le foie (6 mg.), sept fois dans le corps thyroïde (7 mg. l), quatorze fois dans la surrénale (14 mg.) ; traces indosables dans le liquide céphalo-rachidien.

R. C.

La névrite optique du stovarsol sodique, par A. SÉZARY et A. BARBÉ (*La Presse médicale*, 2 octobre 1943).

MM. A. Sézary et A. Barbé apportent dans ce mémoire les résultats d'une expérience de 22 années du traitement, préconisé par eux, de la paralysie générale par des injections de stovarsol sodique. Leur statistique, basée sur 550 cas, leur permet de mettre en évidence plusieurs faits fort intéressants sur les conditions dans lesquelles ce traitement par un arsenic pentavalent peut donner lieu à une névrite optique, complication devenue très rare si, avant d'appliquer le traitement, on tient compte de ses contre-indications.

Ils signalent l'inégalité, parfois sans raison apparente, de la sensibilité du nerf optique vis-à-vis du stovarsol sodique, l'inégalité imprévisible de l'accoutumance du même nerf déjà lésé vis-à-vis de l'action toxique du dérivé arsenical. Tout paralytique général ainsi traité est donc exposé, si peu que ce soit, à une complication oculaire, mais il n'en est pas fatalement atteint. Le risque, grand chez ceux qui ont une lésion antérieure du nerf optique en de la rétine, est minime chez les malades indemnes de toute cause prédisposante. Si faible qu'il soit, ce risque existe cependant : le médecin doit donc, avant de commencer le traitement, prévenir l'entourage de ce danger possible, de sa rareté, et de l'impossibilité dans le cas particulier d'instituer une autre thérapeutique moins dangereuse.

Quant à la possibilité récemment relatée par MM. Riser, Nanta et leurs collaborateurs d'améliorer, par quelque médication que ce soit, une atrophie optique syphilitique vraie, MM. A. Sézary et A. Barbé l'estiment très faible et déconseillent d'utiliser pour cela une médication comme le stovarsol, capable d'altérer le nerf.

RENÉ CHARPENTIER.

Névrite optique « tabétique » et stovarsol, par RISER, GÉRAUD et DARDENNE (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 30 novembre 1942).

Les auteurs apportent deux nouvelles observations qui confirment, d'une part, l'innocuité pour le nerf optique sain du stovarsol injectable et, d'autre part, l'efficacité de ce traitement de la névrite optique « tabétique ».

R. C.

Deux cas de syndrome hémorragique par absorption thérapeutique de sédormid, par J.-M. BERT et M. GODLEWSKI (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 14 janvier 1944, *Montpellier médical*, janvier-février 1944).

Des purpuras hémorragiques ne paraissant pas relever d'une action véritablement toxique, mais plutôt d'un mécanisme idiosyncrasique propre à

certains sujets sensibilisés ont été signalés dans l'usage à dose modérée du sédormid, dont la toxicité paraît cependant être faible (Moeschlin, Martin, Roeh). Alors que des doses massives ingérées en vue d'un suicide ne provoquent pas d'accidents hémorragiques, il suffit d'un fragment de tablette pour provoquer une rapide disjonction des plaquettes sanguines.

Ces deux observations répondent du point de vue hématologique à deux phases différentes de l'évolution. Dans le premier cas (syndrome de Basedow chez une femme de 32 ans), la formule contemporaine des accidents cliniques indique une thrombocytopénie caractéristique avec allongement parallèle très considérable du temps de saignement. Dans le second cas (femme de 60 ans anxieuse, avec insomnie), l'examen a été plus tardif, les hémorragies ont disparu, le temps de saignement est beaucoup moins allongé et le taux des hématoblastes tend à se rapprocher de la normale ; ce fait est conforme aux expériences de Moeschlin.

René CHARPENTIER.

Traitement du delirium tremens par le choc insulinaire atténué, par ROBINSON (W.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 136).

Une première dose de 20 unités d'insuline est donnée, puis le sujet prend du jus d'orange ; deuxième dose de 20 unités trois heures après. Le malade tombe dans un sommeil profond. Dans les cas où le sujet ne s'endort pas, une troisième dose d'insuline est donnée trois heures après, suivie d'une absorption de 500 cc. d'une solution de glucose à 10 0/0. L'insuline agit en rétablissant rapidement le métabolisme hydrocarboné et les réserves déficientes de glycogène.

L. M.

Méningite pneumococcique à forme comateuse rapidement guérie par la sulfamidothérapie, par P. NICAUD, A. LAFITTE et S. BUNOT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 mars 1944).

Méningite pneumococcique, chez un homme de 36 ans, porteur d'une fistule méningée faisant communiquer un kyste arachnoïdien avec la région ethmoïdale droite. Liquide céphalo-rachidien purulent, hypertendu, avec d'innombrables polynucléaires altérés et des pneumocoques. Dès le premier jour : 7 g. de soludagénan par voie intramusculaire. Traitement sulfamidé par voie buccale ensuite. La température baisse dès le 3^e jour et redevient normale le 10^e jour, avec persistance des signes méningés et apparition, le 7^e jour, d'herpès naso-labial. Liquide céphalo-rachidien purulent jusqu'au 7^e jour, stérile ensuite mais contenant encore, le 8^e jour, 93 leucocytes par millimètre cube. Convalescence le 12^e jour (liquide clair, 24 lymphocytes par millimètre cube). Guérison complète en trois semaines. Traitement très bien toléré (126 g. de sulfamides en seize jours).

Le malade avait été opéré par M. Aubry en 1939 pour une fistule faisant communiquer un kyste arachnoïdien frontal avec la région ethmoïdale, provoquant ainsi un écoulement du liquide céphalo-rachidien par la narine droite. Cet écoulement reparut après dix-huit mois de guérison. Depuis son infection méningée, le malade a été réopéré par M. Aubry. Un second trajet fistuleux a été découvert et obturé.

R. C.

Méningite pneumococcique guérie par la sulfamidothérapie, par P. NICAUD, A. LAFITTE et S. BUHOT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 24 mars 1944).

Méningite à pneumocoques, déclarée brutalement chez un sujet de 54 ans, hospitalisé depuis vingt-quatre heures, pour sciatique, à l'Hôtel-Dieu. Ponction lombaire faite le 13 mars : liquide clair avec 0 g. 35 d'albumine et 3,2 lymphocytes par millimètre cube. Cette ponction avait été suivie d'une injection de 3 cm³ de lipiodol par voie lombaire pour l'exploration du défilé lombo-sacré.

Le 14 mars, le tableau d'une méningite aiguë était complet. A la ponction lombaire, liquide purulent contenant un mélange de polynucléaires et de lymphocytes incomptables et en proportions sensiblement égales et des pneumocoques. Traitement sulfamidé commencé le 14 mars, dès les premières heures (par voie buccale, 78 g. en six jours). Température rapidement tombée à 38° et redevenue normale le 6^e jour. La contracture est restée longtemps très marquée. Le 3^e jour, apparition d'un vaste herpès naso-labial. A cette date, le liquide était déjà clair, avec 0 g. 35 d'albumine et 136 lymphocytes par millimètre cube. Les germes avaient disparu. Le 20 mars, la méningite pneumococcique était guérie. Le malade était porteur d'une rhino-pharyngite, qui a été sans doute le point de départ des accidents, dont l'éclosion brutale a suivi la première ponction lombaire. L'injection lipiodolée intrarachidienne ne paraît avoir eu qu'un rôle très accessoire.

R. C.

Traitement du syndrome parkinsonien par la racine de belladone bulgare et par le sulfate d'amphétamine (benzédrine), par DAVIDOFF (E.), REIFENSTEIN (E.) et CHAMBERS (N.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 589).

Sur 15 malades, atteints de parkinsonisme post-encéphalitique, 11 furent améliorés ; sur 10 sujets atteints de parkinsonisme par artério-sclérose, les résultats furent favorables chez 5 d'entre eux.

L. M.

Traitement malarique de la paralysie générale par l'injection de petites doses de parasites, par HOCH (P.), KUSCH (E.) et COGGESHALL (L.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 297).

Inoculation intraveineuse à 32 paralytiques généraux de sang infecté dilué de façon que chaque centimètre cube contienne un nombre connu de *plasmodium vivax*. Pour déterminer l'infection, 100 à 250 parasites sont suffisants. Il y a une relation entre le nombre de parasites injectés et la durée de l'incubation. Quand l'infection est déclenchée, elle est indépendante du nombre de parasites injectés. Les accès malariques sont d'autant mieux tolérés qu'ils ont été causés par un plus petit nombre de parasites. L'auteur propose que, dans la malarithérapie, l'inoculation soit standardisée pour que l'on puisse comparer les résultats.

L. M.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 novembre 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 novembre 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1944*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le D^r Raymond ROUGEAN, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques, ancien médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de St-Lô (Manche), *membre honoraire de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r VULLIEN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

M. le D^r ADXÈS est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

M. le D^r DAUSSY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lavellec (Morbihan) ;

M. le D^r FAIL est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Yon (Vendée).

SOCIÉTÉS

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Le *Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile* reprendra ses séances le *lundi 18 décembre 1944*, à 16 heures 30, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale infantile de l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, à Paris.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix décernés en 1944

Parmi les prix décernés en 1944 par l'Académie des Sciences, signalons que le *Prix Daguan-Bouperet* a été attribué à M. le professeur André FRIBOURG-BLANC, médecin général, directeur du Service de santé de la Région de Paris, pour un mémoire intitulé : *La prophylaxie mentale dans l'Armée*,

et à M. le professeur André LE GRAND, de la Faculté libre de médecine de Lille, pour ses *recherches expérimentales sur le bulbe rachidien*.

Le *Prix Pourat* a été attribué à M. Roger COUJARD, pour son ouvrage intitulé : *Le rôle du sympathique dans les actions hormonales*.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Masson et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1945 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 167

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 69.857. — 1945

C. O. A. L. 31.2330. — Dépôt légal : 1-1945

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA FORME MENTALE DE LA PELLAGRE

PAR

E. CARROT et A. CHARLIN

En septembre 1937, Elvehjem, Madden, Strong et Wooley découvraient l'action curative de l'acide nicotinique sur la black-tongue du chien ; en décembre 1937, Spiess, Cooper et Blankenhauß sur la *pellagre*. A partir de 1939, les psychiatres américains, Evans, Cleckley, Sydenstrichen et Geeslin faisaient connaître les résultats surprenants obtenus par la thérapeutique de la nicotinamide, dans des psychoses graves : il s'agissait d'états démentiels avec confusion, dépression, hallucinations visuelles, parfois excitation psycho-motrice qui évoluaient sans signes cutanés et qui guérissaient remarquablement par la thérapeutique nicotinique.

Les troubles mentaux de la pellagre sont connus depuis longtemps. Au XVIII^e siècle, les auteurs lombards en donnèrent des descriptions. En 1830, Brierre de Boismont les fit connaître en France. Landouzy, Baillarger s'intéressèrent à leur étude clinique, mais alors on ne connaissait pas le critère thérapeutique essentiel dans l'étude de cette avitaminose.

Bien que les circonstances actuelles aient multiplié dans les

asiles les carences et les cas de pellagre auxquels Justin-Besançon, d'une part, Gounelle, d'autre part, et leurs élèves, consacreront de nombreuses publications, la littérature française d'actualité concernant les formes mentales de la pellagre reste singulièrement pauvre.

Une observation de Loeper, Varay, P. Lesobre, Lesourd et Mlle Maillard (*Soc. méd. hôp. Paris*, 22 août 1941), signale à propos d'un cas authentique de pellagre des signes psychiques sous forme d'une bouffée confusionnelle avec onirisme hallucinatoire, mais « l'on se doit, disent-ils, de tenir compte de l'apparition de ces troubles mentaux au plus fort de l'exode, au milieu de fortes émotions chez un sujet éthylique, déjà atteint d'une certaine débilité mentale constitutionnelle. L'amide nicotinique amena la guérison et des troubles cutanés et des troubles psychiques.

Justin-Besançon, Pergola et Chappellard (cas parisien d'avitaminose nicotinique, obs. II, *Soc. méd. hôp. Paris*, 22 août 1941, p. 683) présentent le cas d'une femme ayant des habitudes éthyliques et chez laquelle ils constatent un syndrome d'affaiblissement de toutes les facultés mentales, avec grosse baisse de l'auto-critique, euphorie, épisode délirant transitoire avec agitation psycho-motrice. Chez cette malade on relève en outre des signes bien caractéristiques de pellagre : stomatite, glossite, rectite, mais sans signes cutanés. L'amide nicotinique à la dose de 1 gr. par jour amène une rétrocession complète de tous ces troubles en cinq jours.

Enfin, MM. Laiguel-Lavastine, Ch. Durand et Neveu (*Acad. de Méd.*, 21 octobre 1941) rapportent « les effets de la vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésion cutanée ». Il s'agit d'une observation à discuter et dans laquelle nous ne pouvons réellement pas retrouver une forme mentale pure de pellagre. C'est l'histoire d'une jeune israélite de 16 ans, schizoïde, dont l'affection aurait évolué en trois phases : une première phase confusionnelle donnant l'aspect de bouffée polymorphe avec symptômes hystéroïdes, traitée sans résultat par électrochocs ; une deuxième phase caractérisée par l'atteinte profonde de l'état général, stupeur et demi-mutisme, avec pyodermite et escharres ; une vitaminothérapie polyvalente fut instituée (10 mmgr. de vitamines PP par jour + vitamines B et C) à laquelle on ajouta de l'huile camphrée, des sulfamides et de l'auto-hémothérapie. Cette thérapeutique amena une amélioration nette de l'état général et psychique, cependant la malade restait subconfuse, opposante ; c'est dans cette troisième phase qu'une cure de Sakel fut instituée (15 comas), qui pro-

voqua une amélioration beaucoup plus marquée. Il est indiscutable que dans ce cas, et nous y reviendrons, la vitaminothérapie améliora la malade, mais elle fut polyvalente, la dose de vitamines PP fut faible, et il est difficile de lui attribuer spécifiquement la guérison de l'état mental ; on ne peut en conséquence l'intégrer sans restrictions parmi les cas récents de démence pellagreuse.

Nous rapportons les trois cas suivants ; ils concernent deux prisonniers rapatriés d'Allemagne et un soldat prisonnier dans un front-stalag en France qui avait été, avant son arrivée au Val-de-Grâce, interné quelques semaines dans un asile de province. Ce sont les trois seules observations de pellagre à forme mentale que nous ayons constatées en deux ans et demi sur un total de plus de 1.500 malades, rapatriés pour psychose, et qui, pour la plupart, étaient certainement carencés.

OBSERVATION 1. — B... caporal-chef, 31 ans. Rapatrié d'Allemagne en septembre 1941. A son arrivée à Compiègne il se fait immédiatement remarquer par une agitation psycho-motrice violente avec fugue, ayant nécessité son placement à l'asile de Clermont (Oise).

Le 27 septembre 1941, le certificat suivant est formulé par le Médecin-Chef de l'asile : excitation psycho-motrice avec bouffée délirante chez un débile mental. Idées de persécution absurdes et actives. Raconte que des infirmiers du centre de Compiègne l'ont enfermé par jalousie pour l'empêcher de rentrer chez lui. Ils lui en voulaient parce que les dames de la ville s'intéressaient à lui, interprétations enfantines, agitation, agressivité, strabisme convergent, palais creux, égival (D^r Briau). Le 14 octobre 1941 : excitation psycho-motrice avec idées délirantes de persécution chez un débile mental, turbulence, agressivité, strabisme, stigmates de dégénérescence (D^r Briau).

Le 19 novembre 1941 : agité, agressif à l'égard du personnel, a frappé les infirmiers chaque fois que la chose était possible, bris d'objets et de meubles, a dû être isolé, conserve les mêmes idées absurdes de persécution, a maigri beaucoup ces dernières semaines du fait de sa constante agitation et de son alimentation irrégulière. Hospitalisé au Val-de-Grâce le 21 novembre 1941, se présente comme un sujet confus, désorienté dans le temps et dans l'espace avec troubles mnésiques importants, surtout amnésie de fixation, gros troubles de l'attention ; d'une façon générale, est assez calme pendant quelques jours, mais parfois agitation psycho-motrice désordonnée, tenue incorrecte. Présente des idées délirantes floues, relevant de la fabulation : « s'est marié par procuration..., ses camarades le lui ont dit..., a vu et entendu sa femme ce matin »... (il s'agit d'une fausse reconnaissance de la femme de service), se prétend Sergent-Chef.

Se montre très instable pendant quelques jours, n'est jamais à son

lit, puis, brusquement, se montre agité, incohérent, de plus en plus désorienté avec troubles importants de l'auto-critique. Baisse de toutes les fonctions intellectuelles considérable, mais portant surtout sur les fonctions de la mémoire, de l'attention et du jugement. A l'examen clinique, on constate : une stomatite aphteuse avec exco-riations multiples des lèvres, joues et gencives, qui ont une teinte rouge foncé, luisante. Un prélèvement pratiqué a montré quelques cocci et spirilles banaux, mais pas d'associations fuso-spirillaires. Pigmentation de la face rouge sépia, mais pas d'érythème vermillon au niveau des mains, qui sont cependant de teinte foncée. Œdèmes des membres inférieurs, apparus depuis l'entrée, fugaces, suivis d'œdèmes palpébraux, puis de la lèvre.

L'examen neurologique est normal ; pas d'abolition des réflexes ; pupilles égales, réagissant bien. Examen normal par ailleurs. Tension artérielle : 14/9 ; ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examens biochimiques : cholestérol total, 2 gr. 15 ; chlore globulaire, 1 gr. 98 ; chlore plasmatique, 2 gr. 98 ; lipides totaux, 3 gr. 25 ; protéides totaux, 70 gr. 20 ; sérum albumine, 46 gr. 20 ; sérum globuline, 24 gr. 570 mmg. d'amide nicotinique par litre. Porphyrinurie abondante.

Ponction lombaire : 0,8 éléments, 0,26 d'albumine. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin colloïdal : 00000.00000.00000.

La formule sanguine est normale. On note cependant une légère anisocytose et une poïkilocytose. Globules rouges : 3.650.000. Globules blancs : 6.200. 65 0/0 d'hémoglobine.

Observé plusieurs jours, il se montre toujours confus, incohérent, désorienté, parfois agité, parfois inactif, mais toujours fabulant. Se prétend marié par procuration..., se dit comte... ; présente toujours quelques idées de persécution floues et variables. Il écrit des lettres de ce genre : « Je soussigné Comte B.... A...., né le — Savoie — fils de B.... — Comte Joseph et de César Péronne — lieu de résidence St.... arrondissement de Chambéry, désire mariage avec Mademoiselle, plaisante, de plus, pour cause de forces majeures, vu mon état actuel. Signé : B.... Comte. — P.S. — Prière de faire venir cela au plus tôt à qui bon lui plaira sous condition de me sortir d'ici le plus vite possible. Je ne veux pas que ce soit pour du blöffe. »

Un traitement au Nicobion est instauré à raison de 1 gr. par jour. A eu 22 gr. en tout. Traitement terminé le 9 janvier. Sous l'influence du traitement, la stomatite, les œdèmes ont disparu ; la teinte sépia de la face a persisté, mais plus légèrement. Les troubles psychiques ont suivi une amélioration parallèle. Un mois après le début du traitement, le sujet se comportait normalement en salle libre, avait une petite activité, était présent, bien orienté ; il ne persistait qu'une amnésie de toute la période de confusion et, malgré les signes évidents de dégénérescence, le sujet qui réellement avait été caporal-

chef présentait un niveau mental beaucoup plus élevé que nous l'aurions supposé.

Examen de biochimie du 15 décembre. — Cholestérol total : 1 gr. 50. Chlore globulaire : 1 gr. 98. Chlore plasmatique : 3 gr. 40. Protéides totaux : 65 gr. 20. Sérum albumine : 41 gr. 70. Sérum globuline : 27 gr. 50. Acides gras : 4 gr. 10.

Le 21 janvier 1942, le malade quitte l'hôpital avec le diagnostic de pellagre avec troubles mentaux ; complètement guéri par vitaminothérapie.

Ce cas nous paraît typique ; au point de vue séméiologique, il correspond aux descriptions de Landouzy, de Baillarger. Il s'agit d'un état de confusion avec fabulation, idées de grandeur, de persécution pouvant faire penser à un état korsakowïde ou à une paralysie générale. La stomatite et l'atteinte bien particulière des muqueuses, ainsi que le teint rouge sépia du visage nous firent songer à la pellagre, mais il n'existait pas d'autres signes cutanés. Le diagnostic fut rapidement confirmé par l'effet radical de la nicotinothérapie.

OBSERVATION 2. — L..., 28 ans. Cultivateur breton, 2^e classe. Sans antécédents particuliers. Débile mental constitutionnel, demi-illettré ; pas de certificat d'études primaires. Service militaire normal. Prisonnier au front-stalag de Châlons-sur-Marne jusqu'en décembre 1940. Aurait vraisemblablement présenté une bouffée polymorphe, qui le fit hospitaliser à l'Asile départemental, dont il sortit avec le diagnostic de schizophrénie. Débilité mentale (D^r Adnès). A l'entrée dans le service : sujet subconfus, faisant un gros effort pour répondre, ne fixant pas son attention ; dysmnésie pour les faits récents, en particulier pour tout ce qui s'est passé depuis décembre 1940. Désorienté, ne sait pas où il est ; quelle année ? « 1940 ». « Prisonnier depuis quand ? » « 1936 » ; anxiété ; se préoccupe de sa situation ; inquiet de ne pas avoir de pièces matricules, puis satisfait malgré tout : « Moi j'ai gagné sur le conseil pour une pension. » Comportement subnormal, suit les autres.

A l'examen clinique on relève : érythème vermillon symétrique des deux mains avec des craquelures typiques ; la peau se détache en lamelles sèches. Un érythème rouge sépia de la face, avec collier de « Casal » ; une stomatite et gingivite aphteuse accompagnées d'hémorragie gingivale. Des œdèmes des membres inférieurs.

A l'examen neurologique : aréflexie tendineuse, douleur subjective à la pression des masses musculaires.

Examen général : cœur, poumons, foie, rate : normaux. Tension artérielle : 14,5/9.

Un traitement comprenant des injections de 1 cg. de béviténe et de 0,10 de nicobion est institué ; disparition, en quelques jours, des

signes cutanés de la pellagre, des œdèmes, de la stomatite, mais les signes psychiques persistent et, le 12 juin 1941, le malade fait un épisode confusionnel aigu avec agitation, désorientation, nécessitant un séjour à l'isolement. Un traitement nicotinique est alors repris plus intense (0,40 par jour). L'amélioration des troubles psychiques se fait



alors très nettement sentir puisqu'au bout d'un mois on peut laisser le malade retourner dans ses foyers, guéri.

Examen biochimique. — Dosage des vitamines à l'entrée : Vit. A : 72 u. pour 100 c³ (sang) ; carotène : 78 γ dans 100 c³. Vit. C dans le sang : 1 mmg. 750 au litre. Amide nicotinique, Dr Lwov : 0,73.

Ca : 97 mmg. P. total (sérum) : 140 mmg. Activité phosphatasique : 47,5 Cayla. Protéides totaux : 97 mmg. Sérum albumine : 58,75. Sérum globuline : 16,65. 5/9 : 3,5. Bilirubinémie : 0,75 Van den Berg. Cl. globulaire : 2 gr. 13. Cl. plasmatique : 2,98. Cl. globulaire et Cl. plasmatique : 0,71. Porphyrines dans les urines : 0.

Numération globulaire. — Globules rouges : 3.700.000. Globules blancs : 4.600. V.G. : 1. Hémoglobine : 75 0/0. Formule sanguine normale. Crase normale. Bordet-Wassermann négatif.

Cette observation est moins caractéristique que la précédente pour plusieurs raisons : il s'agissait d'un débile qui cependant avait fait son service militaire ; les signes cutanés étaient typiques et au complet, ce qui, d'après les auteurs, serait rare dans les for-



mes mentales ; les œdèmes et l'abolition de réflexes signaient un syndrome pluri-carentiel. Le traitement n'a pas eu d'action radicale immédiate en raison de la dose insuffisante de vitamines PP prescrite ; nous ne connaissions pas alors les observations de M. Justin-Besançon, ni la posologie qu'il prescrivait (1 gr. par jour). La dose de vitamines PP du début n'a provoqué aucune amélioration, mais la reprise de ce traitement à des doses plus fortes amena une amélioration très rapide. Il est indéniable que cette pellagre, chez un débile, s'accompagnait de troubles mentaux pellagriques : subconfusion, désorientation, agitation qui ont disparu par la vitaminothérapie.

Cette observation justifie la posologie des fortes doses, préconisée par Justin-Besançon.

L'observation suivante justifie cette assertion,

OBSERVATION 3. — G..., 30 ans. cultivateur. Débile, illettré, mais sans antécédents particuliers. Rapatrié le 12-8-43. A l'entrée : sujet lointain, obtus, désorienté ; réponses incertaines avec gestes évasifs ; ignore la date, le jour, le mois ; aucun souvenir précis de la captivité ; incapable de dire ce qu'il a, ni depuis quand. Un peu hostile, opposant par instants ; se plaint d'insomnies, d'angoisses, de sueurs profuses ; fond mental de débile, mais certainement diminué ; fait des efforts considérables pour compter de 1 à 20 ; ne peut compter de 20 à 0 ; incapable de résoudre le moindre petit problème ; ne peut indiquer le chemin qui le conduirait chez lui. Parfois très hostile ; réclame avec véhémence sa sortie ; a refusé de se faire photographier : ne peut dire pourquoi.

Examen clinique : sujet paraissant épuisé, incapable de monter les escaliers sans essoufflement ; sueurs profuses des extrémités ; teinte pellagroïde de la face, mais sans collier de Casal ; pas d'érythème des mains ; stomatite aphteuse ; teint rouge luisant des muqueuses buccales et gingivales.

Examen neurologique et général : négatif. Tension artérielle : 14/11.

Un traitement par la vitaminothérapie PP amène brusquement et d'une façon surprenante un changement : à la 6^e injection (1 gr. par jour), le sujet est présent, orienté, au courant de ce qui se passe, se souvient parfaitement de ce qui se passait en Allemagne, où il aurait fait un petit état dépressif atypique ; compte normalement ; indique avec précision les moyens de rentrer chez lui. Amélioration parallèle de l'érythème de la face, disparition de la stomatite. Or, ce sujet était resté un mois dans le même état depuis son retour de captivité, sans aucune amélioration par le retour en France et un régime copieux.

Les formes mentales de la pellagre paraissent donc rares en France. L'étude des observations françaises publiées, notre propre statistique portant sur un très grand nombre de prisonniers rapatriés pour affection mentale en témoigne.

Pour pouvoir affirmer qu'une psychose relève d'une carence en vitamines PP, il n'est qu'un critère : la guérison rapide et complète, par un seul moyen thérapeutique : l'amide nicotinique à forte dose, à l'exclusion de tout autre médicament. Nous ne relevons que deux observations françaises en plus des nôtres, correspondant à ce test fondamental.

Au point de vue clinique, il est certain que les symptômes cutanés sont souvent très discrets et que l'on peut évoquer la forme mentale mono-symptomatique ; cependant, un examen soigneux permettra toujours de relever d'autres signes de pellagre : notre observation II et l'observation de Loeper signalent des troubles cutanés typiques ; dans deux autres observations le visage présentait un teint spécial et l'on notait une stomatite.

Stomatite gastrite et rectite sont signalées dans l'obs. de Justin-Besançon.

L'étude psychiatrique de ces malades montre que la carence en vitamines PP provoque, après une période d'asthénie physique et intellectuelle, une dissolution globale et plus ou moins profonde des fonctions psychiques.

Spiess, en 1940, Justin-Besançon, dans son livre « Vitamine anti-pellagreuse et avitaminoses nicotiques » (1942), se sont efforcés de faire une étude clinique des troubles mentaux propres à la pellagre. Ils distinguent :

1° Les manifestations mentales précoces avec un syndrome élémentaire caractérisé par des troubles psycho-sensoriels, des perturbations psycho-motrices, des troubles émotionnels et des signes traduisant l'atteinte générale du système nerveux central.

2° La folie pellagreuse dont ils décrivent de nombreuses formes : « dépressive pure, maniaco-dépressive (M. Justin-Besançon appelle maniaco-dépressive un syndrome où la dépression mélancolique fait place par moments à l'agitation), de délire hallucinatoire, confusionnelles, de pseudo-paralysie générale, catatoniques, etc. »

Une telle classification nous paraît absolument illusoire. La carence en vitamines PP se manifeste au début par des signes d'asthénie psychique et physique allant jusqu'à l'obnubilation, puis produit une dissolution globale profonde d'allure rapidement démentielle, évoluant de pair avec l'atteinte de l'état général. Tant que ce dernier permet de lutter, se manifestent des troubles confuso-oniriques, à allure korsakowïdes ou de pseudo-paralysie générale, avec agitation psycho-motrice, pour faire place ensuite à un état de dépression stuporeuse, avec altération de plus en plus grave de l'état général. La carence en vitamines PP ne provoque donc pas de troubles psychiques particuliers ; ils sont communs à tous les états de démence organique, en particulier à tout ce qui relève d'une intoxication exogène ou endogène. Ils n'ont qu'un caractère bien particulier : leur guérison rapide par l'amide nicotinique.

Les éléments du diagnostic reposent sur la constatation des autres signes de pellagre : stomatite, rectite, gastrite, teint rouge bronzé de la face et signes cutanés infiniment plus rares, chez des sujets confus faisant penser à un syndrome de korsakow, à une paralysie générale ou parfois à un état confuso-mélancolique ; sur l'absence d'autres signes cliniques, d'antécédents en faveur de ces syndromes (paralysie générale, korsakow, mélancolie).

colie). Mais l'élément fondamental du diagnostic et qui apporte une preuve indiscutable de l'origine de la psychose est, répétons-le, le traitement spécifique d'épreuve par la vitamine PP à la dose de 1 gr. par jour. Les recherches biochimiques : dosage de vitamines et tests de surcharge n'ont qu'un intérêt théorique et dogmatique ; elles n'apportent à l'heure actuelle aucune donnée pratique quant au diagnostic ; seule la recherche de la porphyrinurie a une valeur sémiologique réelle (elle manquait cependant dans notre observation II).

Il est un fait à relever : sur les cinq observations françaises que nous retenons, quatre fois sont signalés expressément des signes de débilité mentale ou des stigmates de dégénérescence ; dans le cinquième cas il s'agissait d'une éthylique invétérée. Nous devons donc retenir le rôle du terrain constitutionnel dans le développement des troubles mentaux chez les pellagres.

Enfin, si les formes psychiques de la pellagre sont rares, il n'en est pas moins vrai que la carence en facteur PP peut jouer un rôle important dans l'évolution de toute psychose ; si elle n'en est pas la cause, elle est souvent un facteur d'aggravation, et la vitaminothérapie agissant sur l'état général et nerveux améliore les malades. C'est ce que l'on doit retenir en particulier de l'observation de Laignel-Lavastine, Ch. Durand et Neveu. La carence est très fréquemment une cause surajoutée provoquant une évolution plus rapide et renforçant la symptomatologie démentielle. C'est dans cet ordre d'idées que nous relatons les faits suivants :

R..., sergent-chef. Rapatrié le 23-7-43 pour méningo-encéphalite syphilitique. A l'arrivée : agitation, parole stéréotypée ; répète ce qu'il entend ; désorienté ; idées floues de puissance et de richesse incommensurable. Début des troubles actuels en juin. ; légère dysarthrie ; inégalité pupillaire. Etat général mauvais. Œdèmes de carence disséminés aux membres inférieurs. Anémie à 2.630.000. Globules blancs : 3.400. Forte pigmentation du dos, des mains et de la face, où elle prend un aspect réticulé. Sédimentation globulaire très accélérée. Bordet-Wassermann + dans le sang. Ponction lombaire : 4 lymphocytes, 0,40 albumine. Bordet-Wassermann ++. Benjoin : 00220.02210.00000. Mis au traitement Stovarsol associé à une vitaminothérapie polyvalente, mais comportant 1 gr. de Nicobion ; s'améliore progressivement ; plus calme ; la confusion s'améliore nettement. Notion d'un chancre à 20 ans. Diarrhée abondante le 27 août. Décès subit le 29.

A l'autopsie : méninges laiteuses sans signes d'ictus mais, comme dans les états de carence, cœur petit, tube digestif très aminci. Le

dosage d'amide nicotinique dans les organes a donné les résultats suivants (M. Raoul) :

Foie : 5 mg. 08 par 100 gr. de foie (normal : 17 mg.).

Cerveau : 2 mg. 5 par 100 gr. de cerveau (normal : 3 mg. 5).

Poumons : 1 mg. 60 par 100 gr. de poumons (normal : 4 mg. 3).

La période des vacances ne nous avait pas permis un contrôle de la nicotidémie dans le sang.

Cette observation concerne un paralytique général carencé très rapidement confus, amélioré dès la vitaminothérapie polyvalente quant à sa confusion, et il est permis de se demander quelle part revient à la carence associée dans la brutalité d'invasion et l'importance de l'obnubilation. Cette question compose en outre un intérêt médico-légal important. Malheureusement il est impossible sans danger de se limiter à une thérapeutique monovalente dans un but diagnostique et malgré la pigmentation cutanée nous n'oserions intégrer sans discussions même partie des troubles mentaux à la pellagre. Il n'en reste pas moins que même dans des maladies mentales caractérisées, le rôle aggravant d'une avitaminose PP doit être retenu comme l'ont bien signalé déjà MM. Laignel-Lavastine, Durand et Neveu. Mais ceci est une autre partie du problème.

On doit admettre en conclusion que les formes mentales de la pellagre sont exceptionnelles et la période actuelle qui semblait propre à leur apparition n'en a pas révélé un grand nombre.

Cliniquement elles se manifestent tantôt par un état de dépression, tantôt par un état de confusion avec excitation traduisant toujours un mode de dissolution plus ou moins profond des fonctions mentales, mais à l'examen psychiatrique elles ne se caractérisent par aucune symptomatologie bien particulière.

C'est au contexte séméiologique et en particulier aux troubles cutanés muqueux et digestifs qu'il faut demander des signes de présomption. Mais seule la guérison spectaculaire sous l'action de la thérapeutique par la nicotinamide permet, actuellement, de faire d'une façon incontestable, le diagnostic de pellagre.

Nous avons, chez de très nombreux malades, utilisé largement les vitamines PP et n'avons obtenu que des résultats peu concluants, ce qui corrobore à nos yeux l'extrême rareté de la pellagre mentale proprement dite.

DES PSYCHOSES COLIBACILLAIRES

PAR

C. LEPOUTRE (de Lille) et M^{lle} BOUDERLIQUE (de St-Venant)

Les psychoses colibacillaires ne sont pas exceptionnelles : elles méritent de retenir l'attention du médecin.

Depuis longtemps, le Professeur H. Vincent a décrit des troubles nerveux et mentaux, qui peuvent accompagner l'infection colibacillaire, soit au cours des pyélonéphrites, soit au cours d'entéropathies, d'accidents de lithiasé biliaire, etc. ; et il a montré que ces troubles relèvent de l'imprégnation du système nerveux par la toxine neurotrope qu'il a isolée. Tout dernièrement, le Professeur Vincent attirait de nouveau l'attention de l'Académie de médecine sur ce sujet (1).

L'un de nous a présenté à la Société française d'urologie, le 17 juin 1929, un travail sur : pyélonéphrites à colibacilles et accidents psychiatriques, à propos de deux observations. Il a exposé ce sujet dans plusieurs publications. Strominger (de Bucaret), entre autres, a aussi observé des psychopathies colibacillaires (2).

Les psychiatres se sont à leur tour occupés de la question et Henri Baruk présentait un rapport sur ce sujet au 1^{er} Congrès français de thérapeutique, en octobre 1933. La thèse de Forestier (1933) résume l'enseignement du Professeur Claude et du Docteur Baruk.

Une observation que nous venons de recueillir, et qui, par certains côtés diffère de ce que nous avons observé jusqu'ici, nous invite à rappeler l'essentiel de la question.

Les troubles nerveux chez les colibacillaires sont d'une grande banalité.

Chez l'enfant, on observe insomnie persistante, agitation

(1) Académie de Médecine, décembre 1943.

(2) Société internationale d'Urologie, Madrid, avril, 1930.

ou prostration. Ces accidents peuvent être accusés au point de faire penser à une méningite. Ils étaient particulièrement accusés chez une fillette de 16 mois dont l'un de nous a rapporté l'histoire au Congrès d'urologie d'octobre 1933. « Symptômes de méningisme, raideur de la nuque, yeux retournés, température à 40°6, battements des paupières, agitation de la langue, crises nerveuses, vomissements, etc. »

Chez l'adulte, les accidents sont moins dramatiques, mais sont graves au point de vue social. Les malades se fatiguent au moindre effort, ils sont asthéniques. « Je ne parviens pas à retrouver la santé. » Ils sont inquiets et se surveillent de façon excessive : même quand ils sont délivrés de leurs microbes, ils en gardent la phobie ; et, si l'urine de la nuit, attentivement surveillée, leur paraît un peu trouble (souvent par précipitations salines), ils craignent le retour de « leur » colibacille. Bien qu'on puisse attribuer une action aux insuffisances endocrinienne chez les hystérectomisées, qui forment un lot important parmi les porteuses de colibacilles, on est frappé par le comportement très spécial des colibacillaires chroniques qui manifestent dans la vie un manque d'équilibre qui les classe déjà en dehors de la normale

Les troubles mentaux proprement dits ont été séparés en trois formes par Foreslier :

- 1) les états mélancoliques et dépressifs ;
- 2) les états confusionnels ;
- 3) les états schizophréniques et la démence précoce.

Voici une observation où ces accidents se sont manifestés de la façon la plus nette et ont cédé rapidement à une médication spécifique.

OBSERVATION. — Le 14 novembre 1942, Mlle Boudierlique est appelée, en consultation, auprès d'une jeune femme de 22 ans, primipare, accouchée quelques jours auparavant, et qui présentait, depuis 48 heures, des « troubles cérébraux ».

Complètement étrangère au milieu extérieur, ne percevant rien de ce qui se passait autour d'elle, ne répondant à aucune sollicitation, elle offrait l'aspect classique de la stupeur confusionnelle.

Le début avait été assez brusque, marqué par une certaine agitation, de l'insomnie, une humeur chagrine, de la pollakiurie ; puis rapidement par des troubles profonds de la conscience : la malade ne reconnaissait plus son mari, ses parents ; des illusions sensorielles : la religieuse qui la soignait prenait, disait-elle, toutes les apparences du

Démon ; des hallucinations et des frayeurs avec excitation violente surtout nocturne, crises de terreur et agitation motrice désordonnée.

La température était à 38° ; les urines, obtenues par cathétérisme, très troubles. Refus complet d'aliments. L'examen physique était impossible en raison des réactions violentes.

La grossesse avait été normale ; légère albuminurie au début, disparue aux derniers mois ; accouchement régulier ; enfant né à terme, vigoureux et bien constitué.

Les parents réculant devant l'internement, l'état de la malade s'aggrave rapidement. La température monte à 40° et même 41°, l'agitation devient si violente qu'on doit transférer la malade d'urgence dans le service de Mlle Boudierlique, à l'hôpital psychiatrique de St-Venant.

A son arrivée, l'aspect est franchement mauvais : faciès d'infectée, pupilles dilatées, lèvres sèches, teint subictérique ; langue saburrale ; température à 39° ; pouls à 130, par moments incomptable ; constipation opiniâtre, refus d'aliments ; douleur à la palpation au niveau des reins, surtout au niveau du rein et de l'uretère gauches. Les urines émisses spontanément sont purulentes, fétides, avec traces de sang.

Au point de vue mental, la malade semble s'éveiller un instant. Elle s'étonne, cherche à s'orienter : « Où suis-je ? A la Clinique ? » Elle appelle son mari, puis retombe aussitôt dans la stupeur. Traitement : uroformine par voie buccale, 1 gr. 50 par jour. En trois ou quatre jours, la température descend rapidement jusqu'à 37°6, puis oscille entre 37°6 et 38°6, pour se maintenir en plateau aux environs de 39° pendant quelques jours. L'agitation est alors si violente que la malade doit être maintenue ; rétention d'urines et gâtisme.

Le 4 décembre, l'examen des urines révèle la présence de rares leucocytes, de nombreuses hématies et de nombreux colibacilles. Un examen urologique est pratiqué. Les urines sont purulentes, avec glaires épaisses et adhérentes, d'odeur nauséabonde. La cystoscopie montre de nombreuses ulcérations disséminées sur toute la muqueuse vésicale, les unes en saillie, les autres creuses, recouvertes d'un enduit blanc et adhérent. Cet enduit a rendu le nettoyage de la vessie très difficile ; il empêche de reconnaître les orifices urétéraux et d'en pratiquer le cathétérisme. Traitement : on fera chaque jour un lavage de la vessie au nitrate d'argent à un pour mille ; on pratiquera des injections sous-cutanées de sérum anticolibacillaire de Vincent à raison de 40 cc. par jour : en même temps, salicylate et benzoate de soude.

Le troisième jour du traitement, apparition d'une phlébite.

Il est injecté 300 cc. de sérum. La température descend progressivement jusqu'à 38°. L'état physique s'améliore, le teint est plus clair, la figure reposée, le pouls bien frappé demeure aux environs de 100. Disparition de la rétention vésicale ; amélioration de la constipation ; les selles sont normales, bien moulées mais fétides. Persistance du gâtisme. Les urines sont plus claires, moins nauséabondes, et la malade s'ali-

mente mieux. En même temps, l'état mental se modifie. La malade sort de son état de stupeur, commence à parler, s'exprime en phrases cohérentes mais mal adaptées, reconnaît ses parents, son mari, leur témoignage de l'affection. Ces retours à la lucidité sont très courts.

L'agitation, moins violente dans l'ensemble, suit, dans les jours suivants, à peu près la courbe de la température. La malade moins effrayée, moins hallucinée, parle sans cesse, tient des propos incohérents et prend peu à peu l'aspect d'une confuso-maniaque. Elle est écholalique, répète machinalement tout ce qu'elle entend dire. Puérilisme dans les intonations et dans l'attitude.

Le 17 décembre, nouvel examen de l'appareil urinaire. Les urines obtenues par cathétérisme ne sont plus très troubles ; elles renferment encore de nombreux grumeaux purulents. La culture y décèlera encore de nombreux colibacilles. Au cystoscope, la muqueuse vésicale est beaucoup améliorée ; il persiste des ulcérations ; on pratique le cathétérisme bilatéral des uretères ; les urines ainsi obtenues sont à peine louches, et la culture y développe du colibacille. On donnera du sileau, un comprimé toutes les trois heures, même la nuit.

La température continue à s'abaisser progressivement, puis se maintient entre 36°6 et 37°2 pendant toute la durée du traitement. Les urines deviennent claires et abondantes. La malade est maintenant calme et lucide. Elle pleure un matin, et comme on lui demande si elle a du chagrin, elle répond : « Oh oui ! Je ne suis plus à la clinique d'accouchements : Où sont les malades qui couchent à côté de moi ? Quel est ce pavillon ? Ma petite fille, où est-elle ? Je ne l'ai pas beaucoup vue. Je partirai bientôt chez moi. » Elle se rend compte que sa jambe est immobilisée dans une gouttière : « Je vais donc faire une phlébite. » Préoccupée de son état, elle s'imagine qu'elle va mourir. Commence à s'alimenter seule, mais demeure gâtée, surtout la nuit.

Le 8 janvier 1943, nouvelle poussée fébrile avec oscillations irrégulières entre 37 et 37°8 ; reprise de l'état confusionnel avec incohérence des propos, hallucinations et agitation. Quelques éclaircies, mais la lucidité n'est plus aussi complète qu'elle l'a été.

Le 24 janvier, les urines sont limpides, mais il persiste d'assez nombreux colibacilles. Au cystoscope, la vessie est absolument normale.

Au point de vue mental, la malade prend un aspect maniaque. Elle est lucide mais distraite, d'humeur très mobile ; tantôt très gaie, tantôt déprimée ou irritable. Par moments, elle s'immobilise dans une attitude catatonique. Elle a encore quelques hallucinations, et surtout de fausses reconnaissances, des troubles de l'attention volontaire, fait des efforts visibles pour répondre correctement ; si elle se trompe, corrige spontanément.

Le 18 février, l'amélioration est très notable. La patiente fait sa toilette seule, se promène, mais n'arrive pas encore à s'occuper. Elle est calme, avec, de temps en temps, des accès subits et assez courts d'excitation pendant lesquels elle rit, chante, danse, se montre parfois impul-

sive ; elle griffe sa voisine sans raison, saisit les objets à sa portée pour les jeter à terre.

Les urines sont très claires ; les nuits sont calmes, le sommeil normal ; le gâtisme a disparu, les règles sont revenues.

Le 3 mars 1943, la malade sort de l'asile, n'ayant conservé aucun souvenir de la phase aiguë de sa maladie.

Revue en avril, amenée par sa mère, elle est tout à fait normale : sa guérison est complète. Depuis, nous l'avons revue à plusieurs reprises, faisant même seule un voyage de 50 km. en chemin de fer. En janvier 1944, les urines sont parfaitement limpides et ne renferment pas de colibacilles (culture stérile).

Du point de vue urologique, il s'agit d'une *cystite*. Celle-ci se manifeste sous forme d'ulcérations étendues à tout le réservoir, plus ou moins profondes, recouvertes d'un exsudat purulent. La participation rénale paraît peu importante, et le cathétérisme des uretères nous permet de recueillir des urines à peine troubles, renfermant quelques colibacilles, qui ont bien pu être pris au passage des sondes à travers la vessie.

Cette cystite n'est qu'une des manifestations d'une *septicémie à colibacilles* ; la *température élevée*, avec oscillations, en est une autre ; enfin la *phlébite* vient encore témoigner qu'il s'agit d'une infection générale.

Les *troubles mentaux* sont de même origine. Il est rare qu'ils ouvrent la scène, comme dans le cas présent ; et dans les observations que nous avons antérieurement recueillies les troubles mentaux se sont présentés comme un épisode au cours d'accidents colibacillaires durant depuis plus ou moins longtemps. Ici, les accidents psychiatriques et les accidents urinaires ont apparu simultanément, suivis à bref délai de la phlébite.

Cette malade était-elle prédisposée par ses *antécédents* à ces accidents ? Nous n'avons aucune raison de le croire et nous n'avons trouvé aucun antécédent suspect. Après guérison, le caractère de la malade nous a bien paru un peu enfantin ; n'est-ce pas une séquelle, légère à la vérité, de la crise grave qu'elle a subie ?

Il eût été intéressant de rechercher dans le liquide céphalo-rachidien les microbes, ce qui eût donné une preuve directe de la responsabilité du colibacille dans l'apparition des accidents mentaux. Les circonstances ne nous ont pas permis de faire cette recherche. Signalons que chaque fois que la température a manifesté une tendance à s'élever, les accidents mentaux ont repris, ou se sont montrés plus accusés, et ceci montre à notre avis la

dépendance directe des accidents mentaux vis-à-vis des accidents d'infection générale.

Au point de vue *du traitement*, nous avons actuellement dans les sulfamides des agents très actifs entre le colibacille. Mais ils ont été inopérants vis-à-vis des accidents mentaux. C'est que, suivant la remarque de M. le Professeur Vincent, la toxine neurotrope qu'il a isolée se fixe sur les centres nerveux, et què seule l'antitoxine contenue dans le sérum est capable de la neutraliser. Suivant les conseils du Professeur Vincent, nous avons employé des doses assez élevées, 40 cc. de sérum par jour.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu, par ce traitement, juguler très rapidement une infection générale, avec manifestations mentales graves. Et c'est une raison, lorsqu'on aura des présomptions sérieuses de la nature colibacillaire d'une affection mentale, d'utiliser aussitôt le sérum et à doses suffisantes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 13 Novembre 1944

Présidence : M. J. LHERMITTE, président

PRÉSENTATIONS

Sur une forme particulière d'obsession,
par M. A. BARBÉ et M^{lle} COULON.

OBSERVATION. — M^{lle} Simone-Germaine L... (1), sténo-dactylographe, née en octobre 1909, avait toujours été d'une belle santé jusqu'en 1936, date à laquelle elle présenta un premier accès peu marqué, mais assez analogue dans ses manifestations à celui pour lequel elle vient consulter en août 1944, et sur les caractères duquel nous allons avoir à revenir. Cet accès dura environ deux mois ; il était consécutif à une grande lassitude intellectuelle et physique, qui fut rapidement guérie par un séjour à la campagne. En 1939, elle eut un nouvel accès du même genre qui dura également deux mois et guérit alors dans les mêmes conditions de repos.

En juin 1943, elle commence à se sentir l'intelligence prise et obscurcie par la présence à peu près constante, bien que plus ou moins consciente, d'une idée obsédante qui entrave l'exercice de sa pensée et de sa volonté.

Quelle est cette idée ? Toujours la même, dit-elle. Elle sent qu'elle ne peut ni penser, ni agir librement. Cela l'exaspère, elle cherche à réagir : « Il faut, dit-elle, que je guérisse, que cela finisse, que j'aille mieux. » C'est donc le même état de conscience, vague et confus,

(1) Cette malade a été vue et mise en traitement dans les services de MM. Genil-Perrin et Michaux, que nous tenons à remercier ici pour leur très grande obligeance.

difficile à traduire en langage clair, qu'elle exprime de diverses façons.

Cette idée se présente à elle « comme un voile, à peu près comme une barre », elle est latente, partant imprécise. Elle sent le besoin de la chasser hors d'elle, non pas sous l'influence d'une voix intérieure analogue à une hallucination psychique ou une impulsion verbale motrice, mais par un besoin d'extérioriser sa pensée afin d'obtenir un soulagement, et tout cela en vain. L'idée est latente, imprécise, il suffit qu'elle y pense pour la réveiller, elle en grossit le caractère obsédant : « Ah ! dit-elle, si je pouvais ne plus y penser. »

Dans ces conditions, elle ne peut fixer son attention. En ce qui concerne son attention spontanée, elle suit d'assez loin une conversation familière, ayant l'impression de « ne pas y être », d'entendre et de comprendre, mais de façon détachée, désintéressée, comme lointaine. Par suite, elle éprouve une sorte d'indifférence au monde extérieur ; les événements ne la touchent guère.

Quant à l'attention volontaire, elle est encore plus difficile à fixer : « Je ne pense pas à ce que je veux », dit-elle. La lecture lui est devenue difficile, par suite de l'impossibilité où elle se trouve de porter attention à ce qu'elle lit, puisque sa pensée est captive de l'idée obsédante. De même, elle répond assez mal aux questions qui lui sont posées, donnant ainsi l'impression d'une débilité intellectuelle ou d'une réticence ; en réalité, ses hésitations, ses détours, ses réponses abstraites doivent plutôt être mises sur le compte de la difficulté qu'elle éprouve à bien exprimer ce qu'elle ressent. Ses efforts pour s'exprimer finissent par l'épuiser ; elle se borne alors à répondre : « C'est comme je vous disais... Je l'ai déjà dit... C'est-à-dire que... », par lassitude morale et intellectuelle.

La perception est intacte ; si elle parle de dédoublement de la personnalité, c'est pour essayer de rendre les impressions contradictoires qu'elle a tant de peine à décrire. Il en est de même pour la mémoire et le jugement ; en bref, les troubles de l'intelligence relèvent tous de la difficulté de l'attention, difficulté causée par cet état obsédant.

En ce qui concerne la volonté, ce n'est pas la faculté de décision qui est atteinte, mais celle d'exécution ; c'est ainsi qu'elle envisage, avec beaucoup de bon sens, son hospitalisation, mais qu'il lui est extrêmement difficile de s'habiller, se mettre à table, entrer chez elle, faire sa toilette.

Ainsi que nous l'avons dit, elle emploie des moyens de défense, mais ceux-ci se révèlent inefficaces ; avant d'entrer chez elle, elle répète un grand nombre de fois : « Je veux guérir, je le jure, il le faut » ; il en est de même pour ses vêtements, sa toilette, et tout cela n'aboutit qu'à des tendances stéréotypées sur lesquelles nous aurons à revenir. Par scrupule, par sentiment qu'il faut que ce soit répété, et surtout pour essayer de se soulager, elle cherche à se débarrasser de l'idée obsédante. Il semble que ces activités automatiques, ces stéréotypies

s'accrochent à des activités normalement automatisées : telles les habitudes, et non pas à des actes exceptionnels, pleinement volontaires.

Son obsession ne concerne d'ailleurs aucun sujet déterminé ; c'est la première idée qui se présente à son esprit, qui s'impose, elle est obligée de la subir ; c'est au point que, dès qu'elle se réveille, elle a aussitôt la même barre, la même pensée qui apparaît, et celle-ci ne la quitte plus : « J'ai la tête qui travaille aussitôt », dit-elle. Si même elle s'éveille pendant la nuit, l'idée apparaît de suite. Quelle idée ? C'est qu'elle ne peut ni penser, ni agir comme elle l'entend. La société de sa mère ne la rassure nullement puisque celle-ci ne peut rien pour l'aider.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'obsession a provoqué chez cette malade l'apparition de certaines stéréotypies : elle a tendance à accomplir les mêmes actes au même endroit et au même moment. Cela éveille en elle comme un souvenir machinal, mécanique. « Il suffit, dit-elle, que je pense à quelque chose pour le refaire. » Elle a bien l'idée que si elle n'y pensait pas, cela n'arriverait pas, mais « c'est comme si quelque chose la forçait ».

Elle oppose à ces troubles des réactions de défense, elle se raisonne et elle s'isole. Elle se raisonne en répétant : « Il faut. Je promets. Je jure. Je veux guérir », essayant ainsi de transformer l'automatisme qui l'asservit en moyen de s'en libérer ; elle s'isole pour répéter ces phrases par sentiment de leur absurdité, par honte, pour lutter plus efficacement. Sa mère a remarqué que lorsqu'elle répétait plusieurs fois le même acte, ces répétitions se faisaient par gestes brusques, saccadés, comme si la lutte intérieure se traduisait physiquement par de l'irritation.

Ces stéréotypies de mouvements et de paroles paraissent avoir provoqué chez elle des impulsions de courte durée ; c'est ainsi que lorsqu'elle était chez son patron (qu'elle a quitté pour des motifs peu précis, mais sans doute en rapport avec son état), elle se levait parfois de sa chaise pour calmer son impatience, dit-elle, pour essayer de se soulager, pour tenter de lutter contre ces stéréotypies qui apparaissaient « bêtement » dit-elle. Elle y réussissait parfois, mais pour cela il fallait qu'elle parvint à vaincre son impulsion dès le début, car celle-ci une fois commencée, elle ne pouvait plus s'en débarrasser. Ainsi qu'elle le dit avec beaucoup de raison, elle a un « énervement » en elle, et en même temps, elle est « molle », « deux choses qui se contredisent en moi » ajoute-t-elle.

A-t-elle essayé de réagir ? Oui, dit-elle, mais inutilement, car les phrases qu'elle répète, d'abord de son plein gré, reviennent ensuite automatiquement : « C'est, dit-elle, comme une mécanique en moi ». Si elle refuse de répéter la phrase qui s'impose, elle sent le besoin incoercible de la remplacer par une autre semblable, et elle cède à la nouvelle obsession. Enfin s'il arrive qu'elle ait accompli facilement un acte qui appelle l'obsession, si par exemple, elle est entrée nor-

malement chez elle, sitôt entrée, il lui faut cependant céder malgré tout à l'idée obsédante et répéter ses mots.

Il en résulte un état de découragement, d'inquiétude et de constant mécontentement d'elle-même qui se lit sur le visage d'une personne qui ne sourit jamais, dont l'expression est vieillie et monotone, et qui autrefois était d'un caractère égal et régulier, nullement cyclothymique, très sensible et même assez susceptible. Elle se définit elle-même comme faite de contradictions : « J'ai besoin de m'isoler et je crains d'être seule... Je suis moi et autre que moi... Je veux quand il n'est pas nécessaire de vouloir et je ne peux pas vouloir quand il le faut... Je n'ai plus autant d'ordre qu'autrefois, mais je m'attache uniquement à la place de certains objets ». Il en résulte une sorte d'indifférence qui ne vient pas d'un affaiblissement de l'affectivité, mais d'une fatigue de vivre qui lui ferait tout accepter, peut-être même la mort, par lassitude et découragement. Elle ne souhaite aucune distraction, n'y prend aucun plaisir, mais de l'agacement.

Physiquement, cette personne, qui se présente habillée et coiffée d'une façon correcte, nous dit qu'elle était autrefois mal réglée ; il y eut même une suppression de ses règles pendant quatorze mois (de janvier 1943 à mars 1944) ; celles-ci sont réapparues à cette dernière date sous l'influence de l'acéto-stérandryl, mais sont de nouveau supprimées depuis juin 1944 ; elle ajoute que cette suppression et cette réapparition n'ont eu aucune influence sur son état mental. Elle présente un léger degré de dermographisme. Les pupilles sont normales. La tension artérielle est à 11 — 8 1/2 (d'où hypotension manifeste). A l'ophtalmomètre, on ne constate que quelques faibles et rares contractions iriennes. Les réactions sérologiques sanguines sont négatives.

Elle a été traitée, l'an dernier, par l'électro-choc (15 séances en mai-juin 1943) ; la malade déclare que cette thérapeutique a plutôt aggravé son état, car elle a provoqué chez elle des troubles de la mémoire.

A quel diagnostic peut-on penser en présence de cette personne chez laquelle domine surtout l'automatisme, puisque sur l'idée obsédante se sont greffés d'autres automatismes qui envahissent de plus en plus la vie psychique, au détriment des activités libres ? Il s'agirait donc d'une obsession à forme spéciale, car il n'y a ni hallucination obsédante, ni obsession hallucinatoire ; il n'y a pas non plus de voix intérieure, ce n'est pas non plus une pensée étrangère à sa volonté qu'elle exprime en parlant ; il ne saurait donc s'agir ici d'une hallucination verbale motrice. On ne peut non plus appliquer à cette malade ce que M. Séglas a décrit sous le nom de « passage de l'obsession au délire », car elle n'est nullement délirante.

A notre avis, il s'agirait ici d'un cas complexe dans lequel il faudrait faire entrer en ligne de compte : l'obsession, qui constitue le fond mental de cette malade, s'accompagnant d'impulsions et de barrage de la volonté, se compliquant de stéréotypies, en sorte que l'idée obsédante aurait tendance à devenir une idée autochtone, c'est-à-dire envahissant tout le champ de la conscience.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Le cas que nous propose M. Barbé me semble très particulier et, en partie du moins, distinct de l'obsession telle que nous l'offre le psychasthénique. En effet, il s'agit moins ici d'une pensée claire et jugée absurde ou en dehors de la réalité pour l'obsédé, que d'un sentiment obscur, intraduisible par les mots, d'impuissance à penser librement et à agir spontanément. Déjà on voit poindre le sentiment de subduction morbide de l'activité mentale conduite par une force inconnue.

Ne peut-on pas voir ici le départ du syndrome de Clérambault de « l'automatisme mental » dont le germe, l'élément fondamental reposent sur la perte de l'appropriation personnelle, sur l'impression de la dépossession d'une partie de l'activité psychique ? Je pense donc que l'on doit faire, dans le cas présent, les plus grandes réserves sur l'évolution de cette psychopathie.

M. GUIRAUD. — Dans le cas de cette malade, on trouve en germe les éléments du syndrome de petit automatisme mental de Clérambault. C'est en quoi elle se différencie des véritables obsédés.

Le test de Rorschach, interprétation méthodologique, par M. J. DUBLINEAU.

La richesse clinique du test de Rorschach apparaît rapidement à l'usage. Mais son interprétation pose encore des problèmes méthodologiques. Rorschach a envisagé en effet un certain nombre de critères d'interprétation, mais sans livrer le secret des tâtonnements qui l'ont amené à choisir ces critères. Dans son œuvre, le diagnostic se base sur :

un facteur *structural* lié à la prédominance de la forme, de la couleur et du mouvement ;

des facteurs moins essentiels, mais dont l'analyse permet une connaissance en *profondeur* (nombre de réponses, réponses globales ou de détail, détails fréquents, rares ou spéciaux, correction ou incorrection des formes interprétées, banalité, pourcentage d'interprétations animales, etc.) ;

complétant le tout, mais sur un plan plus éloigné (que n'objective nul effort statistique), une appréciation *intuitive du comportement*.

1° Sur le plan structural, il faut souligner l'intérêt capital (bien que peu connu en France) du type coarté de Rorschach. Nous aurons l'occasion d'insister sur ce dernier au point de vue tant pratique que doctrinal, en particulier dans ses rapports avec le type athlétique. La recherche structurale, selon l'enseignement de Rorschach, doit donc demeurer comme temps essentiel de l'interprétation, en liaison avec l'établissement du biotype.

2° Pour les facteurs du second plan, Rorschach tient compte d'un point de vue statistique. Les résultats permettent des aperçus sur le degré et le type d'intelligence, l'adaptabilité à l'ambiance, l'existence de complexes affectifs ou d'attitudes d'opposition, etc. Rorschach et ses successeurs ont tiré de ces techniques nombre de données significatives. Mais on ne sait si les points retenus étaient seuls privilégiés ou s'ils n'ont pas été arbitrairement choisis dans toute une série d'autres qui resteraient à étudier.

A titre d'exemple, Binder (1) a pu reprendre pour son compte l'étude de l'interprétation des « clair-obscur », comme d'autres ont pu étudier isolément certains facteurs.

3° Dans l'ensemble, il semble bien que, dès le début des recherches, les points retenus aient paru trop limitatifs, puisque l'on admet l'importance d'une appréciation globale subjective complémentaire. Mais cette subjectivité enlève à l'appréciation une partie de sa valeur.

4° Au total, deux correctifs semblent indiqués pour accroître la valeur du test, d'une part, l'extension du nombre des facteurs à interpréter, d'autre part, l'extension de la méthode statistique au matériel tiré de l'analyse du comportement :

a) Sur le premier point, un apport important est celui de Mme Minkowska, avec l'étude systématique du *langage* dans l'interprétation du test. Cet auteur a montré d'une part l'importance des thèmes ou expressions de fragmentation (« Spaltung ») chez les schizophrènes (2), d'autre part la fréquence

(1) BINDER (H.). — Die Hell dunkel deutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach. *Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych.*, XXIX, 2 et XXX, 1 et 2.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE, Mme MINKOWSKA, MM. BOUVET et S. FOLLIN. — Le test de Rorschach, appliqué à l'examen clinique. *Ann. méd.-psychol.*, juin-juillet 1941. — LAIGNEL-LAVASTINE, M^{me} MINKOWSKA, MM. BOUVET et NEVEU. — Le

dans l'épilepsie d'expressions rappelant le tassement, la concentration et la stase (1). Ces observations renforcent la valeur clinique du test, mais elles restent fragmentaires et doivent être envisagées selon un point de vue statistique.

b) Reste l'analyse du comportement. A ce point de vue, une notion importante a été apportée par Lagache (2). Cet auteur insiste sur la difficulté d'adaptation du névropathe à la *convention de jeu* que constitue en somme l'exécution du test. On peut prévoir que la présentation au sujet de l'épreuve, comme un jeu, provoquera des réactions variables selon le type caractérologique. Il y a là un exemple de réaction expérimentale possible.

En dehors d'elle, d'ailleurs, les seules remarques du sujet durant l'épreuve, même sans liaison apparente avec la présentation de la planche, peuvent et doivent être retenues. Elles sont aussi valables pour un diagnostic caractérologique que les interprétations de planches. Des faits de même ordre ont été relevés par nous en matière de réflexologie conditionnelle. Il y a là d'une part (au moins avec les techniques motrices) l'étude des combinaisons conditionnelles avec les réactions qui leur sont propres. Il y a d'autre part à considérer les tracés graphiques du comportement dans les espaces inter-combinaisons (3).

Ces dernières sont aussi capitales pour la détermination de la tendance prévalente que le sont les modalités de la réaction conditionnelle. L'expérience de présentation de planches se présente comme une expérience de conditionnement : il y a d'une part les 10 planches (dont chacune appelle un certain type de réactions et constitue avec les réactions du sujet une véritable combinaison psycho-physiologique). Il y a, d'autre part, « ce qui se passe en dehors de la combinaison stricte » : remarques du sujet, réactions motrices diverses, lesquelles doivent faire l'objet d'une analyse aussi objective que les réactions aux planches. Cette « utilisation de l'ensemble global du protocole » a d'ailleurs été préconisée déjà par Bonnafé et Tosquelles (4).

test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie. *C. R. Congrès al. et neur.*, Montpellier, oct. 1942.

(1) MME MINKOWSKA. — Discussion de la communication de MM. BONNAFÉ et TOSQUELLES intitulée : « Au sujet du test de Rorschach ». *Ann. méd.-psychol.*, 1944 (c), p. 171.

(2) LAGACHE. — La rêverie imageante : conduite adaptative au test de Rorschach. *Bull. d'orient. profession.*, déc. 1943.

(3) DUBLINEAU. — Recherches de typologie réflexologique. *Biotypologie*, VII, juin 1939.

(4) BONNAFÉ et TOSQUELLES. — *v. supra*.

5° A cette analyse, poussée sur le plan statistique, doivent s'ajouter d'autres facteurs. Nous signalerons entre autres :

a) L'étude du *chromotropisme* (réactions préférentielles à la couleur). Mais cette dernière épreuve conduira à des techniques elles-mêmes nouvelles qui, prenant point d'appui sur le test, le débordent dans une certaine mesure.

b) Enfin, le facteur *temps* doit intervenir d'une façon plus directe dans l'analyse de l'épreuve. Il y a un temps moyen, mais il y a aussi un temps de réaction, un rythme de durée : autant d'éléments devant être interprétés pour eux-mêmes.

c) Ces différents facteurs ne valent qu'étudiés en liaison étroite avec la *typologie*. Cette dernière seule donne leur signification aux plans de clivage, en permettant de situer les résultats de l'analyse du test sur le plan non pas de la maladie mentale, mais de la structure caractérielle, c'est-à-dire en définitive de biotype.

Essai d'une étude chiffrée du comportement verbo-moteur dans le test de Rorschach, par M. J. DUBLINEAU.

La répétition de certains propos, au cours de l'épreuve de Rorschach, par des sujets de types caractériels ou psychopathologiques similaires, conduit à rechercher une liaison entre ces types et ces propos et à chiffrer l'importance de cette liaison avant une étude proprement mathématique du problème.

Déjà, naguère, nous avions montré que des expressions comme « avoir l'épiderme sensible ou chatouilleux..., une mouche le pique..., il n'aime pas qu'on lui marche sur le pied..., vouloir la peau de quelqu'un, etc... » traduisaient des préoccupations inconscientes de sensibilité et se retrouvaient souvent dans la bouche de ceux qui présentent de telles préoccupations (1). Effectivement, le langage, point de rencontre de la pensée et de la structure biologique, constitue pour la psychiatrie et la caractérologie un terrain d'étude privilégié.

La présente étude reprend, en s'efforçant de les étendre, les recherches de Mme Minkowska sur le langage dans le test de Rorschach. Notre apport a consisté : a) à chiffrer le pourcentage de propos significatifs ; b) à retenir comme tels ceux qui revenaient avec une certaine fréquence dans les types psychopatho-

(1) La notion de structure dans les troubles du caractère de l'enfant. *Evolut. psychiat.*, 1938, III, p. 3.

logiques déterminés ; c) à étendre la méthode à des propos tenus par le sujet au cours de l'épreuve, que ces propos soient ou non en rapport avec la présentation des planches.

L'étude porte sur 100 adultes hommes, internés, d'âges divers, répartis comme suit :

A) Troubles du caractère à type d'impulsivité plus ou moins agressive et épileptoïde (tyrannie familiale, autoritarisme et violences), 29 cas ; B) Déséquilibres psychiques à type d'instabilité psychomotrice et sociale (délinquance mineure, vagabondage, etc.), 18 ; C) Etats thymopathiques (déséquilibre à type hypomaniaque ou mélancolique), 21 ; D) Asthéniques simples ou psychasthéniques, 5 ; E) Etats schizoïdes ou schizophréniques à type de relâchement dissociatif (sans délire ni manifestations de catatonie motrice), 17 ; F) Troubles du caractère mixtes (impulsivité et instabilité), 3 ; G) Schizophrénie avec manifestations de dogmatisme rationaliste et de paranoïa (schizonoïa), 5 ; H) Troubles du caractère à type paranoïaque, 2.

Dans chacune de ces rubriques était porté le nombre de sujets où se rencontrait l'un des propos (termes, phrases, locutions) retenus en cours de dépouillement, et recherché le pourcentage de ces sujets par rapport à l'effectif du groupe. Soit, par exemple, la recherche de la répartition des cas où l'on trouve comme interprétations des « pincés, griffes, tentacules, pointes, épines, éruptions ». Cette répartition était la suivante :

Groupes.....	A,	B,	C,	D,	E,	F,	G,	H.
Nombre de sujets significatifs...	11,	2,	4,	0,	2,	0,	3,	6.

La proportion des cas significatifs est : pour les troubles du caractère (groupe A), de 11 sur 29 (37,9 0/0), pour la catégorie B, de 2 sur 18, etc..

En comparant chaque résultat à ceux des autres catégories, on relève pour chaque groupe psychopathologique un chiffre prédominant (prédominance *absolue* si le propos ne se rencontre que dans un groupe, *significative* si le pourcentage dépasse d'au moins un tiers celui du groupe immédiatement inférieur, *relative* si la prédominance est inférieure à ce taux). Inversement, certains groupes se spécifient par l'absence ou la plus ou moins grande rareté de certaines réponses.

Nous ne pouvons donner ici, faute de place, que quelques résultats globaux. En éliminant les trois derniers types psychopathologiques (sujets trop rares et trop complexes), on peut résumer ces résultats comme suit :

1. Dans l'ensemble, un groupe se détache avec une particulière netteté, celui des troubles du caractère à type d'impulsivité agressive (Groupe A) :

a) S'y retrouvent en particulier (prédominance significative) les interprétations à types de pinces, griffes, etc., comme en témoignent les chiffres cités dans l'exemple ci-dessus. Dans ce groupe, entrent une proportion importante des épileptoïdes de Mme Minkowska. Il n'est donc pas étonnant qu'on y retrouve certains critères donnés par cet auteur comme spécifiques de l'épileptoïdie : par exemple, superposition d'objets (27,5 p. 100 des cas) ou kinesthésies à tendance ascendante (13,7 p. 100 des cas).

En dehors de toute interprétation des planches, on rencontre souvent chez les mêmes sujets une tendance à s'excuser de la rareté relative de leurs réponses et l'allégation qu'ils réussiraient mieux dans des épreuves ayant trait à leur profession (20,6 pour 100).

b) Une attitude particulière du sujet est celle qui consiste à demander lui-même une solution au problème à lui posé (« Qu'est-ce que ça pourrait bien être ? Je voudrais bien qu'on me le dise. ») : 17,2 p. 100 des cas. Nous n'avons pas rencontré jusqu'ici cette attitude chez d'autres sujets que ceux du groupe A (prédominance *absolue*).

c) Sur un plan plus *relatif*, mais cependant important, citons la fréquence des interprétations où il est question d'objets pliés, serrés, écrasés (langage qu'on pourrait appeler *coarté*) : 44,8 pour 100 des cas contre 34,4 p. 100 dans les états du groupe opposé :

— la fréquence de celles où il est question de sang (27,3 pour 100 contre 19,6 p. 100) ;

— la fréquence des persévérations, la même interprétation se retrouvant pour plusieurs planches (44,8 p. 100 contre 27,8 pour 100), « la peur de dire des bêtises » (27,5 p. 100 contre 14,7 p. 100), les préoccupations de forme, le sujet cherchant à corriger une forme qui lui paraît défectueuse (6,2 p. 100 contre 4,5 p. 100), enfin, dans le même esprit, les interprétations qu'on pourrait appeler *negatives* (« Ce n'est pourtant pas une chauve-souris » : 10,3 p. 100 contre 6,5 p. 100).

D'autres éléments paraissent à retenir, mais nous ne les avons pas étudiés systématiquement (par exemple, le refus par le sujet de reprendre, malgré sollicitation, la planche dont il a terminé l'examen, etc.).

2. Entre les groupes B, C, D, E (dont, dans le détail, chacun offre des réponses intéressantes), il existe manifestement des cas de passage. Aussi, peut-on estimer que chacun de ces groupes ne se situe pas, au point de vue structural, sur le même plan que le groupe A. Il y a là seulement des sous-groupes d'un

groupe plus général, pour lequel nous manquons de dénomination précise (nous l'avons appelé naguère, faute de mieux, groupe dissociatif ou émotionnel, en l'opposant au groupe A, instinctuel ou concentratif). L'analyse des réponses du test de Rorschach confirme donc nos vues antérieures à ce sujet.

Si l'on envisage ce groupe dans son ensemble, on y note entre autres : *a*) les préoccupations sur la symétrie des planches (44,2 p. 100 contre 20,6 p. 100 dans le groupe A) ; *b*) les interprétations à type de mort, désagrégation, cendre (16,3 p. 100 contre 3,6 p. 100) ; *c*) les remarques sur la couleur, sans qu'une interprétation spéciale soit apportée : (« C'est bleu, ou c'est coloré » : 40,9 p. 100 contre 20,4 p. 100) ; *d*) la description des interprétations données, avec énumération de détails, différence de la sécheresse, de règle dans le groupe A (39,5 p. 100 contre 20,6 p. 100).

Les éléments évocateurs de section, coupe, fragmentation (Spaltung) s'observent dans 31,1 p. 100 des cas contre 22,4 pour 100 dans le groupe A (prédominance relative).

Parmi les notations rencontrées, à l'exclusion du groupe A, une place à part est à faire au sentiment de flou et d'indistinct des images (19,6 p. 100 des cas), ainsi (sur un plan plus accessoire) que l'expression d'un sentiment d'infériorité.

Tels sont quelques-uns des éléments que l'analyse chiffrée du langage peut mettre en évidence, tant à propos des planches que dans le comportement général du sujet en cours d'épreuve. Nous croyons qu'en recueillant, par sténotypie ou enregistrement, tout le comportement verbal du sujet et en s'astreignant au dépouillement systématique des propos, on obtiendrait une véritable « méthode standard » d'examen caractérologique. Chaque mot spontané, chaque réaction provoquée par quelques attitudes précises de l'examineur permettraient l'établissement d'un profil psychologique en écarts réduits, d'après une échelle mathématiquement étalonnée.

DISCUSSION

Mme MINKOWSKA. — Dans mes recherches, je suis demeurée autant que possible sur un terrain strictement clinique, en évitant toute déviation statistique. Je préfère aux chiffres l'exposé sincère des cas où chacun peut facilement, grâce à la description clinique, vérifier le diagnostic.

M. Dublneau se place à un point de vue typologique. Mon point de vue est différent. Mon point de départ est toujours psychiatrique et clinique. C'est pourquoi j'attache tant d'importance au langage dans l'interprétation du test.

Chromotropisme et tendances caractérielles, par M. J. DUBLINEAU.

Monnier, dans un article de l'*Encéphale* (1934) (1), pages 187 et 247), sur le test de Rorschach, indique qu'à la fin de l'épreuve il demande au sujet, en lui soumettant les planches colorées, quelle couleur il préfère. Rorschach, de son côté, mentionne dans son ouvrage que les sujets-maitres de leur affectivité (« Affekt-beherrscher ») ont un tropisme pour le bleu et le vert et une aversion pour le rouge (*Psycho-diagnostik*, 1941, p. 34).

Nous avons repris cette question en modifiant la technique. Parmi les planches colorées, nous ne donnons à choisir au sujet que les trois dernières, seules comparables entre elles par l'intensité relativement faible de leurs coloris. Nous les alignons et demandons au sujet de désigner du doigt la couleur qu'il préfère (pour le rose, le choix de la planche a son importance, car le rose de la planche X a des tons violacés, susceptibles éventuellement d'interprétations particulières).

Un premier travail de dépouillement nous avait montré que les sujets à tendance impulsive avaient une préférence pour le bleu ou le vert. Mais l'épreuve ainsi pratiquée est assez imparfaite. Aussi, y ajoutons-nous actuellement soit des laines colorées (épreuve classique dans la recherche du daltonisme), soit un spectre. Le spectre est discuté par les physiciens comme n'offrant que des couleurs approximatives et non élémentaires. En revanche, il a un incontestable attrait visuel. D'autre part, les raies d'absorption classique y permettent une classification grossière des résultats :

Voici sur 100 cas étudiés plus haut un autre point de vue, comment les choix se sont répartis :

Au total, les choix se répartissent comme suit :

Choix du rouge, orangé ou jaune : 50 cas. Choix du vert, bleu, indigo ou violet : 50 cas.

Dans cette répartition, il y a pour la première moitié : 13 schizophrènes et 9 impulsifs (26 p. 100 et 18 p. 100), dans la seconde moitié : 4 et 20 (8 p. 100 et 40 p. 100), soit un renversement de la proportion. L'impulsivité agressive tend donc plus volontiers vers le bleu ; le déséquilibré affectif, plus volontiers vers les rouges.

En fait, l'étude de détail montre que la courbe est plus complexe. La proportion de troubles du caractère est en effet de

50 p. 100 pour le rouge extrême (en deçà de la raie A). Puis elle baisse jusqu'à devenir nulle en IV (limite de l'orangé et du jaune). Elle se relève ensuite en échelons et prend toute son importance en IX-X (bleu et indigo). Elle redevient nulle en XI (violet).

Si l'on enlève les chiffres extrêmes des zones I et XI, les proportions respectives pour les groupes psychopathologiques A et E deviennent les suivantes :

Rouge-orangé-jaune : groupe A : 15,2 p. 100 ; groupe E : 26,8 p. 100.

Vert-bleu-indigo : groupe A : 42,5 p. 100 ; groupe E : 6,3 p. 100.

Ces chiffres extrêmes portent évidemment sur trop peu de cas (4 et 3) pour avoir une valeur autre que d'indication. Cette indication est toutefois importante à retenir. Elle semblerait montrer que l'impulsif a dans l'ensemble une préférence pour le bleu, le rouge intense étant recherché par une minorité, le déséquilibré de type émotionnel a une préférence pour les couleurs à grande longueur d'onde, une minorité recherchant au contraire le violet, couleur de faible longueur d'onde.

Un certain nombre d'autres remarques s'imposent :

1° La courbe de répartition des états thymopathiques est sensiblement superposable (au moins dans une bonne partie du graphique) à celle des états schizophréniques. Cette similitude partielle renforce notre manière de voir, selon laquelle états thymopathiques et schizophréniques ne constituent que les modalités d'un groupe unique, de type émotionnel.

2° Le choix de la couleur, d'abord pour les trois dernières planches du test, puis pour la bande spectrale, révèle une discordance entre les deux options dans 22 cas (22 p. 100). Ces discordances se répartissent comme suit :

Cinq troubles du caractère à type d'impulsivité : (17,2 p. 100 de cas) ; cinq déséquilibrés psychiques (27,7 p. 100) ; trois schizophrènes (17,6 p. 100) ; six états thymopathiques (28,5 pour 100) ; un asthénique (20 p. 100) ; deux schizonoïaques : (40 pour 100).

Si l'on excepte les états schizonoïaques, trop peu nombreux pour permettre une opinion, on voit que la discordance du choix se rencontre de préférence chez les périodiques et les déséquilibrés instables, c'est-à-dire chez les sujets à oscillations affectivo-motrices.

3° Le cyanotropisme des états à prédominance d'agressivité

(c'est-à-dire à notre point de vue des états hyperergiques, dynamiques et concentrés) et l'érythrotropisme des états à affectivité labile, oscillante ou dissociée (états anergiques ou hypoergiques) semblent apporter dans le domaine de la perception expérimentale une explication au rite populaire qui fait attribuer dans la layette le bleu aux garçons et le rose aux filles. Les premiers, dans la cosmogonie traditionnelle, sont en effet solidaires, avec le principe mâle, du dynamisme évolutif ; les secondes, avec le principe femelle, des facteurs de faiblesse ou de moindre résistance.

4° Le renversement de la tendance aux extrémités du spectre devra peut-être être interprété comme l'amorce d'une nouvelle courbe de fréquence dans le domaine invisible des deux côtés de ce spectre. A cette notion, il faut rattacher l'action bienfaisante sur la thymie affective et les comportements émotionnels de l'enfance (instabilité, émotivité, etc...) des rayons ultra-violets. Il semble logique, dans ce cas, de se demander si inversement les radiations infra-rouges n'auraient pas une action élective sur l'impulsité agressive des épiléptoïdes et des sujets à prédominance instinctuelle.

Palilalie chez un paralytique général, par MM. X. ABÉLY, DESCLAUX et SUTTEL.

OBSERVATION. — Notre malade R..., ancien ébéniste, âgé actuellement de 35 ans, présente, depuis 1938, un affaiblissement mental progressif. Le début fut marqué par un ralentissement de l'activité psychique et motrice. Alors que chaque soir il racontait, chez lui, l'emploi de son temps et les petits incidents de la journée, il restait muet. Tandis qu'il aidait auparavant sa femme dans les travaux ménagers, il n'avait plus d'attention de ce genre. Il restait des heures immobile et silencieux. Il manquait de patience et s'irritait parfois. Plus tard, il commettait des erreurs et des maladresses dans son travail. Son rendement étant de plus en plus insuffisant, il fut employé comme un simple manoeuvre. En 1900, il dut être hospitalisé à la Salpêtrière. L'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang décelait des réactions complètement positives de paralysie générale. Il fut impaludé et longuement traité au stovarsol. Le traitement n'a pas amené d'amélioration notable de l'état mental mais semble avoir fixé ou du moins ralenti l'évolution de la maladie. R... restait inerte, indifférent, parfois récalcitrant, incapable de tenir une conversation et menant une vie purement végétative. C'est ainsi qu'il fut transféré à

Ste-Anne, en juillet dernier. Les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien étaient alors aussi positives qu'au début. Au point de vue neurologique, on pouvait constater l'inégalité et l'inertie des pupilles à la lumière, la dysarthrie, le tremblement, la vivacité des réflexes tendineux. Depuis lors, l'état mental s'est maintenu identique. Le malade reste immobile, assis sur son lit ou sur un banc. Il tient souvent à la main des revues que lui apporte sa femme. Il feuillette toujours la même pendant toute la semaine, s'arrêtant longuement sur la même page ; en fait, il ne lit rien. Lorsqu'il est levé, il se tient toujours à la même place, accomplit les mêmes actes. A la visite, il nous pose toujours la même question, concernant le jour de la semaine qu'il connaît d'ailleurs assez bien.

Il mène, en somme, une vie entièrement stéréotypée. Il ne s'anime un peu qu'à l'heure des repas qu'il prend d'ailleurs proprement. Il n'a aucune initiative. Il est assez opposant, parfois un peu irritable. Il consent difficilement à sortir de son inertie pour exécuter un ordre, mais finit par obéir. Il est indifférent à son sort, inconscient de sa maladie et ne porte guère intérêt aux visites de sa femme. Son visage est inexpressif et un peu figé. Bien que son activité psychique et son attention soient très réduites, il remarque et fixe ce qui se passe autour de lui. Sa mémoire est moins touchée qu'on ne pourrait le croire. Nous avons eu souvent la preuve qu'il a gardé de nombreux souvenirs. On a cependant beaucoup de peine à entrer en contact avec lui, en raison de son opposition à toute modification, de ses stéréotypies, et surtout des troubles psychiques et moteurs de son langage. Au cours de l'interrogatoire, il s'interrompt à chaque instant pour regarder l'heure ou pour réclamer du coton dont il bouche consciencieusement ses oreilles en souvenir d'une vieille otite.

Le syndrome prédominant est la persévération mentale, la persistance de l'idée du moment. Il est extrêmement difficile de le dégager de la phrase ou de la préoccupation présentes. Pour faire pénétrer dans son cerveau une pensée nouvelle, il faut de multiples sommations. Cette viscosité se montre également dans le domaine moteur. Toutefois, cette persévération a une physionomie assez spéciale. Elle n'atteint pas le degré que l'on constate chez les aphasiques ou les apraxiques. Il n'y a pas de véritable intoxication par le mot. Le malade ne désigne pas un objet par le nom de l'objet précédemment montré. Bien que la volonté n'entre pas ici en jeu, il y a plutôt, pourrait-on presque dire, un entêtement, une obstination à ne pas modifier son attitude mentale. R... ne présente d'ailleurs aucun signe de la série : aphasie, agnosie, apraxie. Il nomme bien les objets. Il lit et écrit correctement. Compte tenu de son opposition, il comprend et exécute les ordres, lorsqu'ils ne sont pas trop compliqués. Il dessine la forme géométrique demandée.

On observe encore chez lui, le phénomène de l'itération verbale, la palilalie, c'est-à-dire la répétition immédiate, plusieurs fois continuée

sans intervalles et apparemment incoercible d'un ou de quelques mots. L'émission verbale recommencée est ici déformée par la dysarthrie, mais la palilalie n'existe pas moins nettement dans son essence même. Cette itération est soit spontanée, soit provoquée. Elle porte sur un mot ou sur une courte phrase. C'est ainsi que chaque fois qu'on l'aborde, le malade répète le jour de la semaine : « C'est lundi, c'est lundi, c'est lundi » et reprend souvent par la suite la même litanie. Quand on l'interroge, il réitère à plusieurs reprises sa réponse. Son trouble s'exagère quand on le contrarie, quand on l'incite à exécuter un acte qui ne lui plaît pas. Sur notre demande, il répond par exemple : « Je ne chante pas, je ne chante pas, je ne chante pas ». Le plus souvent cette palilalie est simple, pure, alonique selon l'expression de Sterling. Elle ne s'accompagne pas d'un débit de plus en plus précipité, elle est émise sur le même ton et avec la même vitesse. Quelquefois cependant elle prend une accélération progressive et se transforme en palilalie paroxystique, en tachyphémie. Assez fréquemment, sans que la rapidité augmente, la dysarthrie s'accroît avec la répétition et les derniers mots deviennent incompréhensibles. Il faut noter enfin que cette palilalie est intermittente, inconstante ; à certains moments elle est très estompée. On n'observe pas de paligraphie, ni de paléinésie nette. Cependant lorsqu'on demande au malade de dessiner une figure géométrique, un carré par exemple, il exécute posément et minutieusement le dessin réclamé en l'agrémentant de quelques fioritures et poursuivrait indéfiniment la reproduction du carré avec les mêmes fantaisies si on ne l'arrêtait. Toutefois la figure tend peu à peu à diminuer de surface.

De temps en temps on remarque de l'écholalie et parfois même de l'échoinésie, le malade tapanl des mains par exemple, quand on applaudit devant lui.

Cette observation pourrait prêter à des commentaires divers. Nous voudrions surtout insister sur le phénomène de la palilalie.

Remarquons tout d'abord que ces symptômes voisins, palilalie, stéréotypies, persévération, paraissent avoir des parentés certaines. On les rencontre surtout associées dans les mêmes syndromes psychopathiques. Ils sont fréquemment intriqués, la palilalie se greffant par exemple sur une stéréotypie. Notre cas en est une excellente preuve. Pick, Schuman, Caron assimilent la palilalie et la persévération. Il est souvent difficile de les distinguer. Sans doute, plusieurs auteurs ont-ils tenté de séparer radicalement ces symptômes, notamment Dupré, Trénel, Pierre Marie et Gabrielle Lévy, Sterling, et plus récemment Guiraud dans une fine analyse clinique et pathogénique. La distinction qu'établit ce dernier auteur entre les itérations et la stéréotypie classiques, dénommées par lui fixations invariables,

est utile et vraie dans les cas typiques et accentués. Mais entre une itération pure sans accélération et une fixation invariable, immédiatement et indéfiniment répétée sans intervalles, la séparation semble subtile. De même, entre l'itération simple et la persévération mentale telle qu'on l'observe chez notre malade. Entre ces trois signes, il y a donc bien des analogies. Par exemple, la multiplication indéfinie des dessins identiques que R. exécute mérite-t-elle le nom de palicénésie plutôt que de stéréotypie ou de persévération ? Il est bien difficile, de plus, dans le cas, de ne pas attribuer à ce trouble une pathogénie corticale.

En second lieu, nous ferons remarquer que jusqu'ici la palilalie n'a jamais été décrite dans la paralysie générale. Nous ne connaissons pas, du moins dans la littérature médicale, d'observation de ce genre. La palilalie, qui a été bien étudiée par Souques, par Pierre Marie et Gabrielle Lévy, par Sterling, se rencontre généralement dans les affaiblissements psychiques dus à des lésions organiques assez exclusives : syndrome pseudo-bulbaire, parkinsonisme encéphalitique, maladie de Pick et parfois hébéphréno-catatonie. On pourrait supposer que l'impaludation, qui transforme de façon si variée la paralysie générale, a pu, chez notre paralytique, modifier le tableau clinique et les lésions dans un sens favorable à l'éclosion de la palilalie. Dans un ordre d'idées analogue, Fromenty a signalé l'apparition de la paligraphie dans des états schizophréniques ou d'allure schizophrénique, traités par l'insuline. Il ne semble pas que cette hypothèse soit acceptable dans notre cas. Dès le début, la maladie avait revêtu l'aspect spécial que nous observons encore. Mais cette forme singulière de méningo-encéphalite doit précisément retenir notre attention. Elle est fort suggestive. Cette paralysie générale, en effet, par sa symptomatologie et son évolution, a des analogies avec les divers syndromes palilaliques que nous venons d'énumérer. Elle rappelle l'hébéphréno-catatonie par son inertie psychomotrice, ses stéréotypies, son parasitisme verbal, son désintérêt, son indifférence affective. Elle s'apparente aussi au parkinsonisme encéphalitique par la bradypsychie, la bradykinésie, l'aspect un peu figé, la difficulté de la mise en train. On pourrait la rapprocher de la démence pseudo-bulbaire par la viscosité psychique, le rétrécissement du champ mental, la persévération, les troubles du caractère, l'inexpression du visage, la dysarthrie. Elle imite enfin la maladie de Pick par le trouble de l'attention, l'absence d'initiative, la réduction du stock des idées, la limitation de l'activité verbale, l'amimie et l'écholalie.

Ces analogies ont évidemment un sens. Elles signifient que la

palilalie, chez notre paralytique, comme dans les autres syndromes, relève d'un même mécanisme, d'une localisation identique des lésions, qu'elles soient préfrontales ou striées, peut-être même de lésions assez similaires, notamment de lésions atrophiques, toutes ces conditions anatomiques pouvant être réalisées par la paralysie générale.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Il faut distinguer l'itération, qui est un recommencement, de la persévération, qui est une continuation. De toutes façons, il est assez rare d'observer la palilalie dans la paralysie générale. Mais M. Lhermitte a décrit des lésions striées dans cette maladie et personnellement je ne crois pas qu'il s'agisse ici d'un phénomène cortical.

M. LHERMITTE. — C'est aussi mon avis.

Délire secondaire à des états crépusculaires hypoglycémiques, par MM. Jean DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et M^{me} H. LEULIER.

Les troubles mentaux au cours de l'hypoglycémie spontanée paroxystique ont été signalés par la plupart des auteurs qui, après Seale Harris, l'ont étudiée. Cependant, il semble exceptionnel que les manifestations paroxystiques jusqu'ici décrites aient été suivies d'un état délirant permanent. Chez la malade que nous présentons, nous avons eu l'occasion d'assister à la constitution progressive d'un délire hallucinatoire chronique de persécution au cours d'épisodes oniroïdes répétés.

OBSERVATION. — P., Pascaline, âgée de 66 ans, ancienne cuisinière, vendeuse au « Carreau des Halles », entre pour la première fois dans le service le 11 août 1942 pour un état confusionnel apparu depuis une quinzaine de jours. Désorientée, stuporeuse, la malade se présente avec un aspect pseudo-déméntiel qui va régresser rapidement. Un onirisme intense, nocturne, fait de visions terrifiantes, d'incendies, de meurtres, de catastrophes, signe la nature confusionnelle des troubles.

L'examen physique montre une pâleur généralisée, apparue progressivement depuis un an, avec un amaigrissement marqué, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel. L'examen neurologique est négatif, la numération globulaire et la formule sanguine montrent une légère anémie, avec une mononucléose discrète. D'autre part une glycémie à 0,70 attira peu l'attention en raison des chiffres bas ob-

servés à cette époque. Rapidement, les troubles mentaux régressent, cependant qu'un syndrome hématologique se précise.

En décembre 1942, l'hémogramme est le suivant : Hg b 55 0/0, Globules Rouges 3.500.000 ; Globules Blancs 2.800 ; Valeur globulaire : 0,80, lymphocytes, 33 ; Moyens mononucléaires, 22 ; grands mononucléaires, 3 ; Polyneutro. 32,5 ; Eosino. 9 ; Baso. 0,5. Pas de forme de transition.

Devant l'aggravation rapide de l'anémie, des transfusions nombreuses sont pratiquées. L'anémie s'améliore progressivement mais il reste impossible d'en déterminer l'origine. Un myélogramme pratiqué par le Dr Boussier écarte le diagnostic de maladie de Biermer et indique qu'on se trouve en présence d'une anémie secondaire d'origine indéterminée. La recherche de sang dans les selles est négative, ainsi que celle de parasites. L'examen ne montre aucune tumeur. En mai 1943, la malade sort très améliorée mais elle présente rapidement de nouveaux accidents confusionnels et délirants accompagnés d'idées de persécution mal systématisées. Ayant adressé des plaintes au commissaire de police elle est internée d'office et entre pour la deuxième fois dans le service.

On observe à ce moment un état crépusculaire avec des phénomènes oniroïdes, en particulier des hallucinations auditives injurieuses et cénesthésiques. Ces phénomènes apparaissent en même temps qu'un état d'apparence lipothymique avec obnubilation, somnolence, torpeur tel que l'un de nous l'a déjà signalé chez une malade hypoglycémique et narcoleptique (1).

Ils sont variables avec les troubles de la conscience et sont d'autant plus accentués que la confusion mentale est plus profonde. Rapidement celle-ci s'aggrave et la malade présente un état subcomateux avec hypothermie à 34°5 ; hypotension artérielle et troubles vasomoteurs ; par instant, des bouffées congestives avec rougeur de la face alternent avec la pâleur. Il existe un signe de Babinski bilatéral. L'examen de la glycémie montre un abaissement à 0,48 0/0. L'administration de sucre entraîne la régression de tous les symptômes, à l'exception d'une conviction délirante post-onirique.

Les jours suivants la malade présente, quand elle est à jeun, surtout la nuit, des accès de délire onirique qui sont suivis d'idées fixes de persécution et de préjudice. « J'ai bien vu, dit-elle, qu'il y avait des engins, des revolvers, des mitrailleuses, pour faire sauter la clinique. » Ces expériences délirantes sont le point de départ de fabulations : « Il faut absolument que je m'en aille en Normandie où j'ai une propriété..., j'ai gagné 1.450.000 fr. à la Loterie Nationale, c'est mon mari qui m'a dit que j'avais gagné. » Elle réclame avec indignation des colis alimentaires qu'elle a entendu apporter et accuse l'interne de se les être appropriés. Progressivement, le délire cristallise autour d'un thème de per-

(1) Jean DELAY. ... Narcolepsie et Hypoglycémie. *Soc. méd.-psychol.*, 23 nov. 1942.

sécution stable : deux jeunes gens l'injurient constamment, ils viennent jouer sous les fenêtres, ils font du vacarme, mais elle compte sur l'intervention du chef de la police qui lui a promis sa protection. Les hallucinations auditives sont constantes, diurnes et nocturnes, « toute la journée ils me cornent dans les oreilles ». Elles sont accompagnées d'hallucinations cénesthésiques et génitales.

Pendant le cours de cette évolution, la malade présentait, de façon permanente, une asthénie intense qui la maintenait alitée. L'anorexie était très marquée, entraînant même un refus partiel d'aliments ; elle était nettement élective pour le sucre, les aliments hydrocarbonés et le lait. Cette saccharocorée, selon le terme de Troisier, gênait considérablement le resuerage de la malade. On observait, en outre, une érythrose faciale passagère apparaissant sous l'influence de la moindre émotion et contrastant avec la pâleur des téguments. La glycémie à jeun demeurait basse, oscillant entre 0,60 et 0,80. L'épreuve d'hyperglycémie provoquée montre une élévation de la flèche d'hyperglycémie, une augmentation de l'aire d'hyperglycémie, le retour à la normale s'effectuant en plus de 2 h. 1/2. La glycorachie était également basse à 0,39. La formule sanguine montrait toujours une certaine leucopénie. Le métabolisme basal était abaissé de — 35 0/0. Des examens radiobiologiques du cadre duodénal ne montraient aucune anomalie, et, d'autre part, la selle turcique paraissait normale.

Sous l'influence de prises de sucre fractionnées nous avons vu disparaître les états d'hypoglycémie paroxystique et près d'un an après l'entrée de la malade la glycémie, même à jeun, demeurait normale, cependant que persistaient les troubles psychiques.

Les troubles mentaux, que nous avons observés chez cette malade au cours d'une évolution prolongée, méritaient d'être étudiés en raison de leur intérêt doctrinal et aussi de leur rareté.

Les états crépusculaires liés à l'hypoglycémie ont été signalés sous le nom de confusion, de trouble de la conscience, d'obnubilation dans presque tous les cas relevés depuis les premières observations de Seale Harris. Sigwald dans sa thèse insiste sur ces faits, ainsi que sur l'amnésie lacunaire consécutive. Il est facile de comprendre dès lors la libération de phénomènes positifs, comme les fugues, la déambulation, le somnambulisme, rapportés dans les observations de Sonne, Joltrain, Oppenheimer, Gravanno, ou comme les hallucinations signalées par Torsten-Sjorgan, Wilder, Price. L'observation de notre malade au moment de l'accès nous a montré qu'il s'agissait d'hallucinations visuelles et auditives résultant d'un état oniroïde. Cette libération d'instances imaginatives se manifeste également par la fabulation, apparentée à la rêverie et à l'onirisme, qui appa-

rait chez notre malade et dans le cas de Korsakow rapporté par Wilder.

L'importance des expériences délirantes primaires oniroïdes nous semble capitale dans le déterminisme du délire chronique secondaire. Celui-ci s'organise non comme une explication de phénomènes hallucinatoires, ainsi que l'admettrait la théorie classique, mais comme la prolongation d'états paroxystiques de dissolution de la pensée. Nous assistons ici à l'organisation d'une pensée morbide selon un mode oniroïde permanent. Celui-ci persistera comme une séquelle, malgré la disparition des états crépusculaires initiaux. Ce fait est à rapprocher des faits que l'un de nous a étudiés dans les délires chroniques secondaires à l'alcoolisme (1).

Les accès d'hypoglycémie spontanée s'accompagnent ici de la symptomatologie, dont Troisier, Sigwald, Sendrail ont donné en France des descriptions complètes.

L'origine de ces accès est généralement rapportée à des lésions pancréatiques, adénome ou carcinome, développés aux dépens des îlots de Langerhans, mais l'évolution prolongée, l'absence de modification radiologique du cadre duodénal nous ont fait considérer cette première hypothèse comme peu probable. L'hyper-insulinisme ne s'accompagne pas toujours de tumeur ainsi que Barnes et Richmond ont pu le constater après intervention chirurgicale. Il existe en effet des pancréatites chroniques étudiées par Brocq, W. Erhström, P. Mallet-Guy et des hyper-pancréatites fonctionnelles, parfois liées à une sténose canaliculaire. Ces troubles peuvent résulter d'atteintes toxiques ou infectieuses. Chez notre malade, malgré l'absence d'intervention vérifiée, il semble légitime de soupçonner une atteinte de cette nature qui expliquerait également les caractères de l'anémie secondaire cryptogénétique qu'elle présente.

A côté de cette hypothèse d'un hyper-insulinisme, il convient évidemment de faire des réserves sur la possibilité d'une atteinte cortico-surrénale peu probable en raison de l'absence de troubles concomitants, hypophysaire malgré une selle turcique normale et hépatique avec perturbation de la fonction glycéolytique comme dans les cas d'hypoglycémie de carence, observés par Lhermitte et Sigwald.

Quelle qu'en soit l'origine exacte, ce syndrome d'hypoglycémie paroxystique spontanée apparaît ici comme la cause initiale

(1) Paul NEVEU. — Les délires chroniques des alcooliques. Thèse, Paris, 1939.

d'un délire chronique. Ce fait, non encore signalé à notre connaissance, apporte une contribution à l'étude des étiologies et de la pathogénie de ces états qu'il n'est généralement donné d'observer qu'à une période où la cause des accidents primaires ne peut plus être mise en évidence.

Sur le mécanisme du coma hypoglycémique,

par M. Jean DELAY et M^{lle} MOREAU.

Nous présentons aujourd'hui un malade, M. M..., âgé de 31 ans, dont l'observation est intéressante, non pas tant au point de vue psychopathique, puisqu'il s'agit d'un dément précoce paranoïde assez banal, qu'au point de vue des accidents qui ont émaillé son traitement par la cure de Sakel. En effet, au cours de ses états hypoglycémiques, il a présenté des particularités cliniques qui ont attiré notre attention sur les deux points que nous voulons signaler ici :

1° sur l'absence de rapports directs entre la profondeur du coma et le taux du sucre sanguin ;

2° sur les variations de la pression intra-cranienne au cours des comas insuliniques.

I. — *Indépendance entre l'état de la conscience et le taux de la glycémie.* — Tous les auteurs qui se sont intéressés aux états hypoglycémiques ont signalé combien variait d'un sujet à l'autre le taux du sucre sanguin nécessaire pour qu'apparaisse le coma. Certains sujets perdent conscience avec une glycémie de 0 gr. 70 ; d'autres sont encore lucides avec une glycémie à 0 gr. 50.

Le cas de notre malade est plus curieux et nous n'en avons pas vu relater de semblable dans la littérature :

M... était assez sensible à l'insuline et nous n'avons pas eu à dépasser 45 unités pour atteindre au coma. Nous avons observé ceci : le malade reçoit ces 45 unités. Deux heures plus tard, il est dans un coma hypoglycémique typique ; à deux reprises même, il fait une crise d'épilepsie généralisée. Les glycémies pratiquées à ce moment donnent des chiffres qui varient entre 0 gr. 35 et 0 gr. 50.

On continue à observer le malade et, *spontanément*, sans qu'aucune injection de sucre ou d'adrénaline ait été pratiquée, on voit le malade sortir de son coma. Il parle, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, se sent bien. Il s'agit donc d'une restitution complète et spontanée de la conscience. Or, la glycémie faite à ce moment de pleine lucidité, est à 0 gr. 11. Croyant à une erreur, nous avons fait mesurer à nouveau ; elle est à 0 gr. 14.

Donc, ce malade qui est dans le coma avec une glycémie de 0 gr. 50 redevient conscient alors que son sucre s'est abaissé à 0 gr. 11. Il a présenté ces phénomènes à trois reprises ; les trois fois, d'ailleurs, la lucidité n'a été que passagère ; au bout d'un quart d'heure, vingt minutes, le malade est retombé dans le coma.

La conclusion qui semble s'imposer devant une telle observation, c'est que la perte de la conscience est liée non pas directement au taux du sucre sanguin, mais à un ou plusieurs facteurs d'ordre physique ou chimique, inconnus, mais déclenchés par l'injection d'insuline.

Nous devons noter cependant que, régulièrement, le resucrage amenait chez M... la disparition des troubles de la conscience. Plongé dans le coma, il reprenait connaissance moins de cinq minutes après l'injection intra-veineuse de 40 cc. de sérum glucosé. Ceci jusqu'au jour où, le malade étant alors dans son neuvième coma, les troubles de la conscience ont persisté, aussi intenses, en dépit du resucrage, et c'est ce qui nous a amené à étudier le deuxième point de cette observation.

II. — *Les variations de la pression intra-cranienne au cours du coma insulinique.* — Tous les auteurs ont encore signalé la possibilité de comas persistant en dépit d'une glycémie revenue à la normale. C'était le cas de notre malade. Devant la persistance du coma, en dépit des doses énormes injectées, puisque nous sommes arrivés à faire 180 cc. de sérum glucosé intra-cranien, nous avons demandé une glycémie : elle était de 0 gr. 84, c'est-à-dire subnormale.

On a cherché quels pouvaient être les facteurs étiologiques de ces comas persistants qui ne sont plus des comas hypoglycémiques.

On a invoqué d'abord les variations métaboliques d'autres corps chimiques que le sucre ; par exemple, le taux de l'acide lactique sanguin, du méthylglyoxal. On a très vite cessé d'y voir un facteur pathogénique nécessaire et suffisant.

C'est alors que l'attention a été attirée, à la suite de l'observation princeps de Labbé et Boulin, sur les modifications de la pression intra-cranienne au cours des comas hypoglycémiques. Nous rappelons qu'il s'agissait d'un diabétique tombé dans le coma à la suite d'une injection intempestive d'insuline, qui restait dans le coma en dépit d'une glycémie revenue à la normale et auquel on a fait une ponction lombaire. Le liquide n'était pas hypertendu, mais, aussitôt après la soustraction de 20 à 25 cc. de liquide céphalo-rachidien, le coma se dissipait définitivement.

La conclusion de Labbé et Boulin ayant été qu'il s'agissait d'un coma par hypertension intra-cranienne, hypertension intra-cranienne elle-même secondaire à l'injection d'insuline, on s'est mis à rechercher, assez peu systématiquement d'ailleurs, les signes d'hypertension intra-cranienne au cours du coma insulinique. Cliniquement, peu de chose à part une certaine raideur de la nuque, un peu de mousse aux lèvres témoignant d'un œdème pulmonaire, et des variations possibles de la température dans le sens d'une hyper- ou d'une hypothermie. Plus précis sont les examens paracliniques : hypertension rétinienne et surtout hypertension du liquide céphalo-rachidien, décelée par la ponction lombaire.

Notre malade, dans sa période de coma persistant, était pâle, avec quelques sueurs ; assez agité, sans signes de Babinski. Il avait aux lèvres quelques bulles d'œdème ; son pouls était petit, mal frappé et sa température s'élevait progressivement de 36°5 à 38°6. En somme, un tableau clinique inquiétant en soi, plus inquiétant encore de par sa résistance au traitement, et nous avons eu le grand tort de ne pas oser pratiquer une ponction lombaire. Ceci se passait entre midi et 2 heures. Vers 3 h. 1/2 seulement, très progressivement, sans autre traitement qu'un traitement symptomatique tel que tonocardiaques, aspirine, le malade a commencé à reprendre connaissance.

Le lendemain, M... est pâle, très fatigué, présentant des tendances syncopales au moindre effort qu'il tente pour s'asseoir. Le pouls est rapide et petit ; même immobile et couché, le malade souffre de la tête. A l'examen, on ne note qu'un seul fait, il présente un signe de Kernig. Mais la température est normale.

C'est le surlendemain seulement, devant la persistance sans changement de tout ce tableau clinique, que nous pratiquons, sur le malade couché, une ponction lombaire. Bien que nous ayons eu la sensation si caractéristique d'entrer dans le canal céphalo-rachidien, aucun liquide ne vient. Il faut que nous aspirions à la seringue quelques cc. d'un liquide céphalo-rachidien clair, limpide, et que l'examen de laboratoire révèle entièrement normal.

Donc, 3 jours après un coma insulinique persistant, mais qui n'est plus hypoglycémique, il existe, chez notre malade, une importante hypotension du liquide céphalo-rachidien.

Nous voulons à présent discuter l'origine de cette hypotension et sa valeur en ce qui concerne la pathogénie du coma insulinique.

La première question qui se pose est celle-ci : *Quelle est la signification de cette hypotension ?*

S'agit-il d'une hypotension essentielle du liquide céphalo-rachidien comme on peut l'observer après une fracture du crâne et d'une manière plus générale après toute déperdition brusque de liquide ?

S'agit-il au contraire d'une hypotension liquidienne symptomatique d'une hypotension intra-cranienne liée à un collapsus ?

C'est à cette deuxième hypothèse que nous nous rallions. En effet : M... n'a subi aucun traumatisme cranien ; les mécanismes de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien sont lents et ne peuvent être responsables des accidents devant lesquels nous avons été brusquement mis en présence ; au contraire, c'est en quelques secondes que se produit une hyper ou une hypotension intra-cranienne à l'œdème ou au collapsus cérébral.

Donc, pour nous, l'hypotension du liquide céphalo-rachidien que nous constatons signifie qu'il existe par derrière et l'expliquant un collapsus cérébral.

Deuxième question : *Ce collapsus est-il primitif ou secondaire à un œdème ?* Autrement dit, si nous avions fait cette ponction lombaire le premier jour, pendant que le malade était encore dans le coma, aurions-nous déjà trouvé cette hypotension ou bien le liquide n'aurait-il pas plutôt été hypertendu ?

Cette ponction lombaire, nous ne l'avons pas faite ; nous n'avons donc aucune certitude possible.

Nous voulons cependant faire observer que :

1° Toutes les fois que les examens ont été faits immédiatement, on a trouvé une hypertension du liquide céphalo-rachidien et des signes d'hypertension intra-cranienne, témoignant d'un œdème cérébral.

2° D'autre part, on connaît bien en physiologie les phénomènes d'inversion ; quand, par exemple, on a provoqué un état d'hyperglycémie, on observe toujours dans les heures qui suivent une hypoglycémie réactionnelle. C'est en raisonnant par analogie qu'il nous paraît possible d'admettre que *l'hypotension que nous avons constatée succédait à une hypertension*.

L'origine identique de certains œdèmes et du collapsus cérébral est d'ailleurs actuellement un fait démontré par l'expérience neuro-chirurgicale.

On connaît mieux l'œdème que le collapsus et le professeur Clovis Vincent a pu écrire : « Il existe au niveau du tronc cérébral un ou plusieurs appareils capables de produire, lorsqu'on les perturbe, un œdème du cerveau, rapide et généralisé..., le

centre le mieux connu, le plus sensible étant dans la région chiasmatique de l'hypothalamus. »

Jamais, on n'a pu reproduire expérimentalement l'apparition d'un collapsus ; mais, Mahoudeau, dans sa thèse, note bien que le collapsus s'observe essentiellement après les interventions qui portent sur la région du troisième ventricule (cranio-pharyngiome) ou après les interventions qui produisent une brusque déplétion de ce même troisième ventricule (tumeur du quatrième ou de l'aqueduc).

Done, l'apparition du collapsus cérébral s'observe à la suite d'interventions qui perturbent l'équilibre de cette région du troisième ventricule et de l'hypothalamus où précisément siègent les appareils qui président à l'apparition de l'œdème.

Enfin, un dernier argument en faveur de l'origine commune de l'œdème et du collapsus est tiré de l'observation de certains opérés qu'on suit régulièrement en ponctionnant leurs ventricules ou en réintervenant. Or, il n'est pas rare de constater qu'un gros cerveau œdémateux se présente quelques heures plus tard en état de collapsus ; cette instabilité de la pression intra-cranienne constitue la difficulté majeure de certaines suites opératoires. *Cerveau d'œdème, cerveau en collapsus, on peut dire que ce sont là les deux aspects positif et négatif du même phénomène et ce phénomène, lié à une perturbation d'un centre hypothalamique, s'observe au cours du coma hypoglycémique.*

Conclusions. — L'injection d'insuline provoque différentes réactions de choc, dont la plus apparente est le coma. Mais le mécanisme de ce coma demeure inconnu.

Il n'est pas lié directement à une baisse du sucre sanguin.

Notre malade attire l'attention sur ses rapports avec les variations de la pression intra-cranienne et une étude systématique mériterait d'être entreprise.

Nous ne disons pas que l'œdème ou le collapsus cérébral est la cause du coma hypoglycémique ; mais nous pensons qu'il s'agit là de facteurs pathogéniques possibles et que la courbe du coma suit peut-être les variations de la pression intra-cranienne plus fidèlement que les variations de la glycémie.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — Les facteurs par lesquels l'insuline peut provoquer le coma en dehors de l'hypoglycémie sont certes encore très obscurs, mais il est à mon avis, un facteur capital et beaucoup trop négligé, qui consiste dans les perturbations de la circulation cérébrale. Dans un

mémoire dont malheureusement la publication a été retardée par suite des circonstances spéciales de ces dernières années, nous avons rapporté les résultats des recherches expérimentales que nous avons poursuivies à ce sujet, notamment avec Racine et David, sur le singe, le chien ou le lapin. Nous avons vu, au cours du coma insulinaire, les vaisseaux cérébraux s'affaïsser et se vider en partie de leur contenu, évacuation suivie ensuite d'un reflux sanguin. Cette évacuation se fait, en quelque sorte, passivement, par une sorte d'aspiration sanguine, aspiration liée elle-même au collapsus général de toute la circulation et aux perturbations considérables de la contraction du myocarde. Les électrocardiogrammes que nous avons pris avec M. Racine, notamment chez le chien au cours du coma insulinaire, montrent des altérations considérables des tracés, rappelant, à certains points de vue, les altérations que l'on observe au cours de l'infarctus du myocarde. Sans doute ces perturbations sont-elles ici passagères et fonctionnelles, mais elles témoignent d'une dépression considérable de la circulation qui entraîne une réduction et un affaïssement très accentué de la circulation cérébrale. Ces perturbations sont, à notre avis, la cause essentielle du coma.

Ces perturbations vasculaires énormes ne traduisent donc pas, en ce qui concerne le coma insulinaire, une réaction propre des vaisseaux cérébraux, mais seulement une participation de ces vaisseaux cérébraux au collapsus cardio-vasculaire général. Toutes différentes par comparaison sont les modifications si brutales et si impressionnantes de la circulation cérébrale dans l'épilepsie cardiazolique, modifications que nous avons enregistrées par des films cinématographiques chez le singe avec Racine, David et Vallancieu et que nous avons publiées au Congrès de Montpellier ; après un spasme très violent et excessivement bref amenant une anémie intense de tous les vaisseaux, on assiste à une vaso-dilatation énorme, avec turgescence et une véritable érection de tout le cerveau qui saille de façon impressionnante par la brèche crânienne.

Ces modifications vasculaires, que nous avons étudiées dans le coma insulinaire, peuvent aussi expliquer les modifications de pression du liquide céphalo-rachidien sur lesquelles viennent d'insister M. Delay et Mlle Moreau, car on sait les relations qui peuvent exister entre les modifications vasculaires et liquidiennes, comme y avait insisté Lamache.

M. Jean DELAY. — On peut considérer que le coma est, en somme, une sorte de sommeil plus profond. On ne note pas de différence, en effet, entre les deux états, sur les électro-encéphalogrammes. Dans le sommeil, comme dans le coma, on note des modifications végétatives. On ne peut dire qu'il existe des critères permettant de différencier le coma. C'est une différence de degré. Léthargie, stupeur, coma : entre tous ces faits, il y a un point commun : à savoir le dérèglement de la fonction hypnique du cerveau.

M. LHERMITTE. — Les présentateurs viennent d'apporter une nouvelle preuve de l'indépendance relative qui existe entre l'hypoglycémie et le coma. C'est là un point important au double point de vue clinique et thérapeutique. En effet, lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade qui, malgré le resucrage, ne reprend point conscience, nous nous demandons s'il faut supposer l'existence d'une hypertension intracranienne secondaire à l'œdème cérébral ou d'un collapsus du cerveau. Les résultats de la ponction lombaire peuvent être importants mais ils ne sont pas toujours décisifs. Ainsi que plusieurs neurologistes l'ont soutenu, avec preuves à l'appui, il semble bien que le rôle de l'œdème cérébral ne doive pas être sous-estimé ; l'examen de la rétine peut être, dans certains cas, du plus haut enseignement.

Pour ce qui est des rapports qui relient le sommeil au coma, j'avoue qu'il n'est impossible de me rallier à l'opinion de ceux qui pensent qu'entre ces deux états, il n'existe aucune barrière ou aucune coupure. L'on est bien obligé cependant de reconnaître que le sommeil est un état physiologique, régulièrement rythmé, tandis que le coma se montre un état pathologique, que le premier est rapidement réversible, tandis que le second ne l'est point, qu'en outre le sommeil s'avère sous la dépendance de la volonté alors que le coma n'est en rien influencé par celle-ci. La théorie de l'œdème cérébral, de la marée sereuse envahissant le cerveau est une des plus anciennes et ruinée depuis longtemps. Et aujourd'hui il n'est guère de physiologistes qui n'admettent, avec Pavlov, que le sommeil résulte d'une inhibition corticale, que celle-ci tire son origine de telle ou telle région de l'encéphale. Ceci ne met nullement en cause la réalité de ce que, avec A. Tournay, nous avons désigné du terme de dispositif régulateur du sommeil et de la veille. Comme j'y ai insisté à bien des reprises, après Claparède, le sommeil n'a rien d'un état passif, il se montre essentiellement actif, l'on ne dort point parce qu'on est intoxiqué, l'on dort pour ne pas être intoxiqué. Qu'il y ait des faits en pathologie dans lesquels le départ est difficile entre la crise et le sommeil réel, réversible immédiatement, et une léthargie qui, elle, pourrait s'apparenter au coma, je n'en disconviens point, mais je suis assuré que ce serait étrangement brouiller les choses que de réunir, par un même mécanisme, sommeil et coma.

M. BARUK. — Il me semble difficile d'expliquer le problème du coma par celui du sommeil, car ces deux manifestations sont bien différentes cliniquement et physiologiquement. Outre la réversibilité, caractère capital du sommeil, l'état de la respiration, du pouls, du tonus neuro-végétatif est bien différent dans les deux cas. Il me semble difficile d'expliquer ces différences par une simple question de degré. Ce qui pourrait, à certains points de vue, être rapproché du coma et s'en différencier par le degré, ce serait la *stupeur*, et on peut observer, notamment au cours des tumeurs cérébrales, certains intermédiaires entre une stupeur accentuée et un coma vigil. Mais, entre la stupeur et le sommeil, il existe un fossé important : le malade en état de stupeur n'a pas

la résolution musculaire du sommeil ; il garde les yeux ouverts et a l'aspect pétrifié.

Il est donc difficile de prouver que le coma insulinaire est lié à une perturbation du centre infundibulo-tubérien du sommeil. Sans doute, on sait que certains centres de la base ont une action considérable sur la circulation cérébrale et je me rappelle avoir vu, au cours d'une intervention du professeur Clovis Vincent chez une de mes malades pour une tumeur de l'hypophyse, un gonflement subit et énorme du lobe frontal après probablement irritation de la zone juxta-chiasmatique. Mais ce gonflement subit et cet œdème actif sont bien différents précisément des modifications vasculaires passives que nous avons décrites dans le coma insulinaire et qui répondent à un collapsus général de la circulation.

La séance est levée à *midi*.

Le Secrétaire des séances :

P. MENUAU.

Séance du Lundi 27 Novembre 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 23 octobre et le procès-verbal de la séance du lundi 8 novembre 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de candidature de M. le Dr Riser, membre correspondant national, à la place de *membre titulaire* (non résident) de la Société déclarée vacante : après rapport d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, H. CLAUDE, LHERMITTE, H. ROGER et Jean DELAY, rapporteur, l'élection aura lieu à l'Assemblée générale du lundi 18 décembre 1944 ;

une lettre de candidature de M. le D^r J. de AJURIAGUERRA, au titre de *membre associé étranger de la Société* : une commission composée de MM. MARCHAND, LHERMITTE et MENUAU, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à l'Assemblée générale du lundi 18 décembre 1944.

Vacance d'une place de membre titulaire non résidant

Une place de membre titulaire non résidant est déclarée vacante ; la commission pour l'examen des candidatures sera désignée lors de l'Assemblée générale du lundi 18 décembre 1944, l'élection aura lieu à la séance ordinaire du mois de janvier 1945.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture des rapports de M. le D^r BEAUDOUIN au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, GOURIOU et BEAUDOUIN, rapporteur, et de M. RONDEPIERRE au nom d'une commission composée de MM. H. EY, J. PICARD et RONDEPIERRE, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. COULON	25 voix, élu
-----------------	--------------

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. LETAILLEUR	23 voix, élu
---------------------	--------------

MM. les D^{rs} COULON, inspecteur général de la santé et de l'assistance, et LETAILLEUR, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Vote d'un vœu relatif à l'examen psychotechnique et psychiatrique dans l'armée, ainsi qu'à la réadaptation et au reclassement des rapatriés.

M. LHERMITTE, *président* :

Messieurs, vous savez combien le développement des spécialités dans l'armée pose au recrutement des problèmes nouveaux et délicats. Vous n'ignorez pas non plus — et la belle conférence

de notre collègue britannique, le général Rees, nous a documenté tout récemment à cet égard — que l'examen psychologique individuel a été mis au point dans plusieurs armées, armées alliées en particulier.

Il a paru au bureau que notre Société ne pouvait, au moment où se reconstitue l'Armée française, se désintéresser du problème. La participation du psychiatre à l'orientation et à la sélection est actuellement une notion acquise. La Société se doit de confirmer la position doctrinale à cet égard.

D'autre part, notre pays est cruellement affecté par le nombre considérable de ses prisonniers et déportés. La réadaptation sociale de nos malheureux compatriotes semble devoir constituer un des problèmes les plus urgents de l'après-guerre. Ici encore se pose un problème capital, dont nous devons souligner la gravité. Nous savons, certes, que ce problème n'a pas échappé à la vigilance des services responsables. Mais vous estimerez sans doute que l'autorité morale de notre Société ne peut manquer, par le vote d'un vœu de principe, de renforcer la position de ceux qui auront à assumer, sur le plan pratique, la charge de la réadaptation.

En conclusion des motifs que je viens de vous exposer, le bureau, vu l'urgence, prie la Société de bien vouloir dès maintenant se prononcer sur l'opportunité et la teneur du vœu que nous avons l'honneur de vous proposer.

Après lecture du projet et discussion, le vœu suivant est proposé à la Société :

La Société médico-psychologique,

Considérant que le développement des spécialités dans l'Armée nécessite une orientation et une sélection chaque jour plus précises des individus,

Tenant compte à la fois des essais tentés en France avant la guerre dans certaines armes et des expériences massives menées depuis la guerre dans diverses armées (Armées alliées en particulier),

Emet le vœu :

1° que soit acquis dès maintenant, et mis le plus tôt possible en pratique, le principe de l'observation psychologique et de l'examen psychotechnique individuel et systématique lors de l'incorporation et au cours des périodes d'instruction ;

2° qu'une liaison étroite soit établie entre le psychotechnicien et le psychiatre, tant pour l'examen des cas litigieux que pour la sélection des cadres ;

3° que soit préparé dès maintenant, sur les bases précédentes, le

reclassement des inadaptés (prisonniers et déportés, rapatriés, chômeurs, etc...) dont la réadaptation constituera l'un des problèmes les plus urgents de l'après-guerre.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des membres présents.

Niveau mental et activité sociale en colonie familiale des malades atteints de paralysie générale, par MM. M. LECONTE et P. MARTY.

Les indications du placement familial des malades atteints de paralysie générale ont été précisées par les travaux de M. J. Vié qui recréa la colonie d'Ainay-le-Château (1), ceux de Mlle Bratanova (2), ceux enfin de M. Sivadon et Mlle Bratanova (3).

La majeure partie des paralytiques généraux actuellement à la colonie d'Ainay-le-Château est constituée d'affaiblis intellectuels ou de malades classés comme tels.

Il nous a justement paru intéressant de comparer l'état de démence de ces malades non délirants et leur activité sociale. Nous avons appliqué la méthode des tests de Binet et Simon, pour l'évaluation du niveau mental de nos malades, préconisée par M. Th. Simon depuis longtemps déjà. Nos conclusions, nous allons le voir, vont cependant à l'encontre de ce que prévoyait cet auteur : « C'est aussi le degré de cet affaiblissement qui, vraisemblablement, commande la vie sociale possible. » (4).

Nous avons précisé, dans notre étude, la notion d'âge mental par la connaissance du degré de l'affaiblissement intellectuel. Les malades aux professions les plus intellectuelles étant restés les moins affaiblis, d'une part, aucun travailleur manuel n'ayant dépassé le niveau du certificat d'études primaires, d'autre part, nous pouvons conclure qu'aucun âge mental moyen ne cache un grand affaiblissement et que l'âge mental obtenu donne bien la valeur de cet affaiblissement.

Dans ces conditions, les âges mentaux de nos paralytiques généraux vont de cinq à treize ans et demi. Huit d'entre eux ont un âge mental supérieur à dix ans, vingt ont un âge mental entre sept et dix ans, enfin quatre autres, un âge inférieur à sept ans.

D'autre part, nous avons réparti en cinq catégories l'activité

de nos malades, ajoutant le groupe II aux quatre autres indiqués par M. Vié :

I. — Travailleurs spécialisés accomplissant le travail d'un ouvrier spécialisé et en touchant le salaire ;

II. — Bons travailleurs, remplaçant un ouvrier, sans en toucher le salaire ;

III. — Manœuvres, travaillant irrégulièrement ;

IV. — Bricoleurs. Très petits travaux. Gardeurs de bétail ;

V. — Malades sans aucune activité.

Voici le résultat de notre comparaison :

Si l'âge mental moyen des malades du groupe I est supérieur à dix ans et celui du groupe II supérieur à neuf ans et demi, celui du groupe III est de neuf ans, alors que l'âge moyen du groupe IV est de près de dix ans. Il y a là une invraisemblance que nous allons préciser. Dans le groupe I des spécialistes, nous trouvons un cordonnier-bottier que son âge mental de neuf ans n'empêche pas de gagner cent francs par jour. Dans le groupe II des bons travailleurs, on trouve un paralytique général, employé à tout faire d'un hôtel, malgré ses huit ans et demi d'âge mental.

Le groupe III des manœuvres groupe des malades de cinq à douze ans. Dans le groupe IV, les simples bricoleurs vont de sept à treize ans et demi. Enfin le groupe V des inactifs voit un paralytique général de neuf ans d'âge mental.

On trouve donc des âges mentaux à peu près équivalents dans des catégories de travailleurs pourtant bien différentes.

D'autres notions interviennent donc, à côté de l'âge mental et du degré d'affaiblissement intellectuel, dont les suivantes nous paraissent les plus intéressantes :

1° *l'aptitude physique*, facteur de premier ordre, sur lequel il est inutile d'insister ;

2° *le maintien de la profession antérieure*. — Elle ne semble jouer comme condition nécessaire que pour la classe supérieure : tous nos malades de la catégorie I ont conservé leur profession antérieure ; les automatismes anciens ne sont donc pas jaugés par les tests ; les autres malades, qu'ils aient gardé ou abandonné leur profession antérieure, n'en sont pas moins des ouvriers inférieurs, aucune systématisation n'est possible à ce point de vue ;

3° *l'état du tonus instinctivo-affectif*. — C'est le facteur le plus important. Les restrictions de papier nous obligent à ne citer que trois observations des plus probantes :

Malade I. — Age mental : 9 ans. Catégorie V.

Aucune activité. Fréquente à la Colonie la salle de réunion du matin au soir. Ancien chiffonnier, robuste, pourrait fort bien se livrer aux travaux agricoles.

A l'examen : asthénie marquée.

Malade II. — Age mental : 13 ans 1/2. Catégorie IV.

Malade à qui on ne peut confier que de très petits travaux. S'occupe principalement à garder les bestiaux. Ancien comptable, n'ayant que peu perdu de ses qualités intellectuelles, serait cependant incapable d'exercer son ancienne profession.

A l'examen : puérilisme, apathie.

Malade III. — Age mental : 5 ans. Catégorie III.

Ouvrier agricole travaillant irrégulièrement, mais dont l'activité est cependant féconde. Considéré par ses nourriciers comme un bon employé.

A l'examen, nous le trouvons : indifférent, insensible et surtout extrêmement suggestible.

Ainsi, l'indifférence qui, chez les schizophrènes est un mur d'insoeabilité constitue au contraire ici le terrain sur lequel la suggestibilité deviendra le facteur majeur d'adaptation. Ce malade remplit en effet très aisément sa tâche de manœuvre sous l'impulsion dirigée des nourriciers qui surveillent.

4° *le milieu.* — Le milieu social, l'hygiène, le mode d'alimentation et de travail, toute l'ambiance enfin dans laquelle va être plongé le malade, sont des notions délicates à apprécier qui interviennent au premier chef dans la facilité d'adaptation du sujet et qui influent fortement sur son activité.

Ce n'est ni par l'établissement de l'âge mental, ni par l'étude des réactions instinctivo-affectives en vase clos, ni même par l'impression d'ensemble produite par le malade à l'interrogatoire, qu'on pourra tirer une conclusion quant à la possibilité de réadaptation des paralytiques généraux, même non délirants. Les nombreux problèmes qui se posent ne peuvent se résoudre avec des conceptions trop intellectualistes, seule l'expérience de la colonie familiale peut prétendre en trouver la solution.

En résumé, l'étude du niveau mental des paralytiques généraux est d'un intérêt indiscutable. Nous ne pouvons que regretter que ne soit pas pratiquée systématiquement chez les paralytiques généraux la méthode des tests, et nous faisons nôtre l'opinion de M. Simon : « Il n'y a pas un paralytique général, dans un service où on les traite, qui ne doive y être soumis avant et après traitement. » En fait, cette pratique est exceptionnelle.

Cette méthode ne présente cependant pas une grande valeur quand il s'agit de faire un pronostic social. Ce n'est, dans de nombreux cas, que l'essai nécessaire de réadaptation en colonie familiale ou en liberté assistée qui permettra de prévoir la possibilité de réintégration dans la société d'un paralytique général.

On ne saurait trop préconiser le développement du placement familial, à la condition que toutes les garanties hygiéniques et scientifiques soient assurées, parce qu'il constitue un critère social d'ordre expérimental irremplaçable et parce qu'il apparaît, de beaucoup, le mode le plus humain d'assistance, chaque fois qu'il est possible, pour les invalides mentaux. Mais il faut pour cela un service de peu de malades, avec un personnel suffisant dans lequel l'assistante sociale a sa place.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) J. VIÉ. — *Le placement familial des aliénés et des psychopathes*. Masson, édit., 1941.
- (2) Mlle BRATANOVA. — *Le placement familial des paralytiques généraux fixés après malariathérapie*. Thèse, Paris, 1938.
- (3) SIVADON et G. BRATANOVA. — Indications du placement familial des paralytiques généraux traités. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1938.
- (4) Th. SIMON. — Le niveau mental des paralytiques généraux. *Ann. méd.-psych.*, mars 1930. — Examen des paralytiques généraux avant et après traitement. *Ann. méd.-psych.*, juin 1930.
- (5) R. SUTTEL. — Les comportements fondamentaux dans les affections mentales. Thèse, Paris, 1939.
- (6) CLAUDE et MASQUIN. — Examen du fonds mental des paralytiques généraux par la méthode des tests. *Ann. méd.-psych.*, 1933.
- (7) VALLADE. — Contribution à l'étude du fonds mental des paralytiques généraux après impaludation. Thèse, Paris, 1936.

L'électrocardiogramme au cours de l'électro-choc, par MM. Jean DELAY, R. HEIM DE BALSAC et P. NEVEU (Travail de la Clinique psychiatrique (Ste-Anne) et de la Clinique cardiologique (Hôpital Broussais, la Charité).

Les brusques et importantes réactions que déclenche l'électro-choc n'épargnent pas l'appareil circulatoire. Mais, tandis que les modifications subies par le pouls (fréquence, amplitude, etc.) et la tension artérielle ont fait l'objet de maints travaux, les recherches électro-cardiographiques au cours de l'électro-choc sont assez rares.

Holzer et Polzer (1941) signalent des modifications du rythme, de l'accident P et des complexes ventriculaires.

Mussafia, Félici et Contratti (1941), sur 48 sujets, ne constatent que des accélérations ou des ralentissements du rythme et, de temps en temps, des extra-systoles, jamais d'altérations myocardiques.

Nyman et Silverskjold. (1943) observent simultanément treize sujets schizophrènes électro-choqués et treize sujets normaux auxquels ils commandent l'épreuve de Valsalva. Dans les deux séries de tracés, des modifications de P, R et T existent très comparables.

Les autres éléments bibliographiques consultés par nous et certainement très incomplets, du fait des circonstances, concernent les modifications électro-cardiographiques accompagnant les chocs cardiozoliques. Ceux-ci paraissent plus violents, mais moins bien réglés que les chocs électriques avec lesquels on peut en quelque sorte tâter le seuil du déclenchement de la crise. Aussi, les deux questions, quoique voisines, nous paraissent différentes.

Notre *technique* est la suivante :

Avec un électrocardiographe portatif, avec écran électrofluoroscopique, nous recueillons les tracés au lit du malade, dans la salle où habituellement on applique le choc.

Nous prenons un tracé témoin dans les trois dérivations standard, avant le choc, puis, laissant les électrodes fixées aux bras et aux jambes, nous déconnectons l'électrocardiographe au moment du déclenchement du choc.

Aussitôt celui-ci, alors que la crise convulsive bat son plein, nous reconnectons les dérivations et essayons de lire sur l'écran fluoroscopique et d'enregistrer la courbe électrique dès que les secousses musculaires se calment. Successivement et rapidement, nous recueillons les 1^{re}, 2^e et 3^e dérivations, réalisant ainsi un examen qui se situe de 30" à 3' après le choc. Souvent, le sujet est à ce moment très calme et les tracés fort nets.

Dans les minutes qui suivent, les modifications électriques observées se stabilisent et tendent vers la norme. 8 à 10 minutes après le choc, nous enregistrons un troisième examen successivement dans les trois dérivations.

Souvent, à ce moment, des secousses musculaires, volontaires ou inconscientes, réapparaissent, perturbant le tracé.

D'une façon générale, notre technique est applicable à tous les sujets, mais chez certains les périodes de résolution musculaire sont parfaites, tandis que, chez d'autres, on ne peut à aucun moment enregistrer un tracé pur.

Notre matériel d'observation porte sur 20 malades, parmi lesquels nous ne relenons que 17 observations complètes.

Il s'agissait de femmes de 17 à 50 ans, atteintes de troubles psychiques divers, sans altérations organiques et sans lésions de l'appareil circulatoire.

Nous avons observé des troubles du rythme et des modifications des complexes.

Troubles du rythme. — Les modifications du rythme consistent essentiellement en tachycardie sinusale. Celle-ci a été observée dans

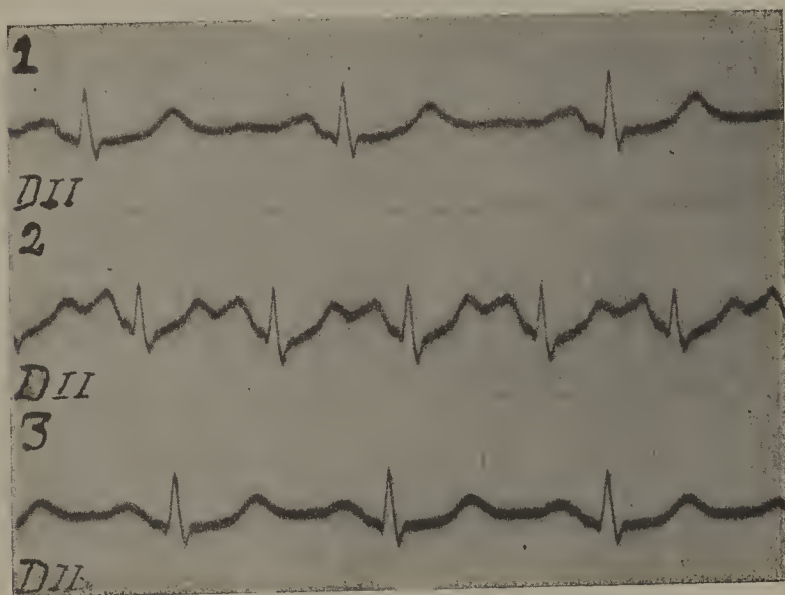


FIG. 1. — Femme, 46 ans, syndrome mélancolique délirant, appareil circulatoire normal. En 1, avant le choc, électrocardiogramme normal (DII). En 2, une minute après le choc, tachycardie sinusale. Augmentation d'amplitude des ondes P et T (DII). En 3, dix minutes après le choc, retour à l'état antérieur.

tous les cas. Elle est généralement simple, isolée, parfois précoce, suivie ou alternant avec de la bradycardie.

La tachycardie sinusale simple isolée a été observée 12 fois, disparaissant progressivement en 3 à 5 minutes ; 4 fois sa fréquence étant double de celle du rythme avant le choc, 6 fois l'accélération fut moyenne, 2 fois elle fut légère.

L'association de bradycardie et de tachycardie sinusales simples a été observée 5 fois ; 3 fois le rythme fut ralenti par le choc, puis la tachycardie lui succéda. Ce fait a été déjà signalé par Holzer et Polzer. Une fois, ce fut l'inverse : tachycardie après le choc, brady-

eardie ensuite, puis retour au rythme normal. Enfin, une fois, des phases tachycardiques et bradycardiques alternent plusieurs fois.

L'apparition de bradycardie ne paraît pas en rapport avec l'âge, car nous l'avons observée chez des sujets de 20, 38, 46 et 51 ans. Elle serait peut-être en rapport avec une tension artérielle un peu forte : 16/11 chez le sujet de 20 ans, 18,5/11 chez la femme de 51 ans.

Les autres troubles rythmiques observés par nous se résument en une arythmie respiratoire marquée chez deux sujets, et en extrasystoles ventriculaires isolées chez trois autres, parmi les plus âgés.

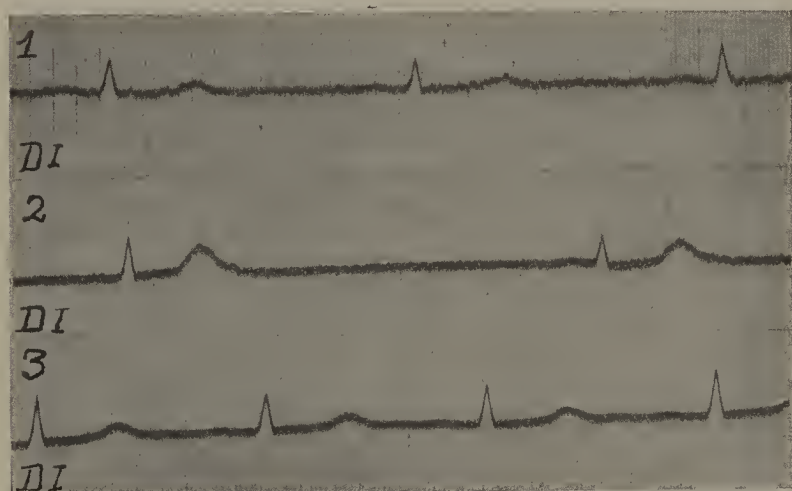


FIG. 2. — Femme, 22 ans, schizophrène ; appareil circulatoire normal. En 1, avant le choc (DI), électrocardiogramme normal. En 2, trente secondes après le choc, bradycardie sinusale marquée avec augmentation d'amplitude de l'onde T (DI). En 3, dix minutes après le choc, rythme plus rapide qu'avant le choc ; retour du tracé à l'état normal (DI).

Modifications des complexes. — L'onde P est modifiée par le choc chez 10 de nos malades : 6 fois l'accident P est amplifié, 4 fois il est diminué ou effacé. Dans un cas, sans doute du fait de la tachycardie, P se trouve téléscopé par T.

L'espace PR varie peu, mais lorsque P est très amplifié, PR tend à rejoindre la ligne iso-électrique suivant une direction oblique assez remarquable. Simultanément et par voie de conséquence, la distance séparant la fin de P et le début de R est raccourcie.

La grande déflexion des complexes rapides n'est jamais altérée dans son aspect ; son amplitude est inchangée chez 9 de nos sujets. Chez 4 autres, cet accident a un voltage accru, tandis qu'il est diminué chez les 4 derniers.

ST n'est pas modifié dans sa morphologie, mais quatre fois il paraît raccourci, surtout lorsque T est amplifié (analogie avec le raccourcissement sus-signalé de PR).

Les modifications de T sont remarquables par leur fréquence et leur importance. Elles affectent peu la morphologie, mais essentiellement l'amplitude de cet accident. S'il est en effet inchangé dans cinq

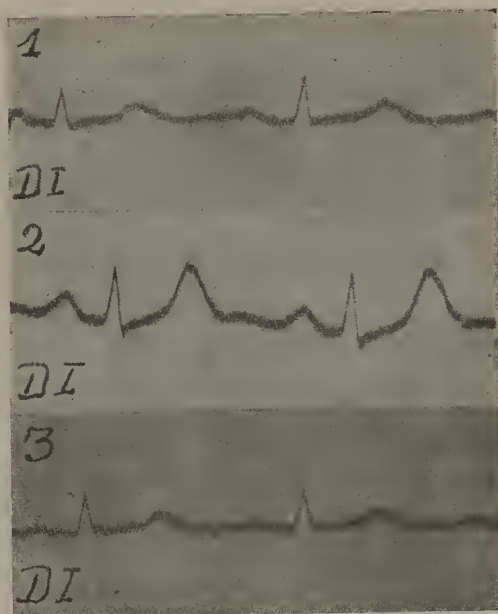


FIG. 3. — Femme, 47 ans, psychose périodique. Appareil circulatoire normal. En 1, avant le choc, électrocardiogramme normal (DI). En 2, après le choc, tachycardie, augmentation d'amplitude des ondes P et T, cette dernière étant considérable. En 3, cinq minutes après le choc, retour à l'état normal.

cas, son amplitude est réduite deux fois, et amplifiée au contraire chez 10 malades ; parfois, sa hauteur atteint le double de celle initiale ; il peut presque égaler la grande déflexion positive. Cet accroissement de l'amplitude de T s'observe dans les trois dérivations, mais surtout en II et aussi en I. Cette modification de T est corrélative de celle de P, 7 fois, elle est discordante 2 fois. Nous n'avons jamais observé d'inversion de T.

N'envisageant ici que les modifications électriques au cours du choc, nous ne décrivons pas les variations tensionnelles d'observation bien connues.

COMMENTAIRES. — Notre étude limitée, du fait des circonstances, à 17 sujets est insuffisante pour baser des conclusions générales, précises et définitives ; elle ne nous permet que de dégager quelques impressions et en premier lieu l'intérêt qu'il y aurait à poursuivre de telles recherches.

Au point de vue technique, il faudrait enregistrer ou tout au moins observer sur l'écran fluoroscopique les tracés d'un très grand nombre de sujets non seulement lors du premier choc, mais au cours des chocs successifs, ou tout au moins des cinquième, dixième et vingtième séances.

L'enregistrement simultané des trois ou quatre dérivations, comme l'ont fait Nyman et Silverskjold, nous paraît indispensable. En effet, les phénomènes électriques qui suivent le choc varient très rapidement après celui-ci. L'inscription successive des diverses dérivations enregistre par conséquent des phases qui ne sont plus semblables à elles-mêmes ; on ne peut donc comparer par exemple l'aspect d'un accident en I et III, car, pendant les quelques secondes nécessaires au passage d'une dérivation dans l'autre, des changements se sont produits.

D'autre part, pour enregistrer immédiatement des phénomènes fugaces ou profiter d'un court intervalle de calme qui sépare deux périodes d'agitation musculaire, un appareil amplificateur instantané, non déréglable, serait nécessaire. Il faudrait donc disposer d'une installation spéciale.

En ce qui concerne les anomalies observées, aucune n'est imputable à une perturbation profonde de l'électrogénèse, comparable à celles qui se voient au cours des altérations myocardiques.

Et cependant, de telles anomalies ont été signalées au cours de crises convulsives, en particulier par Giraudel, étudiant l'action du cardiazol. Il semble qu'en l'occurrence, les phénomènes soient plus violents et moins réglables que par le choc électrique. C'est pourquoi, nous croyons ces deux études analogues, mais non superposables.

Les modifications électriques que nous avons enregistrées concernent soit le rythme, soit des modifications d'amplitude de P et de T. Dans leur ensemble, de telles modifications électriques s'observent souvent chez des sportifs et chez de jeunes sujets, à la puberté, c'est-à-dire à une période où les dérèglements végétatifs sont particulièrement fréquents et intenses.

Nyman et Silverskjold, étudiant au point de vue clinique, chimique, physiologique et électrique les troubles circulatoires

au cours des accès convulsifs épileptiformes, constatent qu'il existe des analogies frappantes entre les tracés consécutifs au choc électrique et ceux recueillis chez des sujets sains soumis à l'épreuve de Valsalva. Ils pensent qu'au cours de ces deux manœuvres, les pressions intra-thoracique et intra-abdominale sont fortement augmentées et voient là l'explication des phénomènes.

Pour nous, fidèles à notre conception de l'action de l'électrochoc sur le diencéphale, nous pensons que toutes les anomalies électriques enregistrées sont sous la dépendance des perturbations vagosympathiques extra-cardiaques, et voyons là une confirmation de nos interprétations habituelles.

BIBLIOGRAPHIE

- GÉBAUDEL (E.). — Recherches électrocardiographiques au cours du traitement des schizophrènes par le cardiazol. *Archives des mal. du cœur et des vaisseaux*, 31, 1938, 811.
- HOLZER (W.) et POLZER (K.). — Electrochoc et électrocardiogramme. *Arch. Kreisl. Forsch.*, 8, 1941, 382.
- MUSSAFIA (A.), FELICI (M.) et CONTRATTI (G.). — L'électrocardiogramme au cours de l'électrochoc. *Cuore e Circolazione*, 25, 1941, 361.
- NYMAN (E.) et SILVERSKJÖLD (B.-P.). — Troubles circulatoires au cours des accès convulsifs épileptiformes. III. L'électrocardiogramme dans l'électrochoc. *Acta Med. Scand.*, 114, 1943, 223.
- REESE (H.-H.) et WEDGE (V.-V.). — Les effets des convulsions par le mètazol chez les schizophrènes. *Journal of N. and mental dis.*, 1938, 87, 570.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Les altérations de l'électro-cardiogramme sont beaucoup moins marquées dans la convulsivothérapie par électrochoc que dans celle par le cardiazol. Elles nous ont toutes paru d'ordre purement neuro-végétatif.

Chez les malades atteints de cardiopathie vasculaire compensée ou décompensée, nous avons utilisé l'électro-choc sans noter d'aggravation de leur insuffisance cardiaque. Toutefois, la grande asystolie nous paraît une contre-indication, du moins *à priori*.

M. J. LHERMITTE. — Il y a évidemment une opposition entre les réponses que fournit le myocarde à la suite de la cardiazolthérapie et à la suite de l'électro-choc. Il me semble même que l'influence de la méthode de Cerletti soit si mince que l'on soit en droit de traiter des malades atteints de déformation des complexes électriques par l'électro-choc. C'est cette conduite que j'ai heureusement suivie chez une mélancolique post-ménopausique pour laquelle un cardiologiste avait jugé que l'électro-choc était contre-indiqué. Cette malade guérit parfaitement sans nul incident.

Electro-choc sous évipan sodique,
par MM. J. DELAY, J. BOUREAU et M^{me} LEULIER.

Les difficultés rencontrées auprès de certains malades pour leur faire accepter un traitement suivi par l'électro-choc ont déjà suscité plusieurs recherches, toutes orientées vers les électro-choes sous narcose. Cette nouvelle technique a déjà fait l'objet d'une communication de MM. Jean Delay, Vidard, Durand et Boureau (1) ; MM. Montassut et Jacquot (2) publièrent, quelque temps après, leurs résultats avec ce même produit. Ils y joignirent leur expérimentation au protoxyde d'azote. Nous apportons aujourd'hui les résultats d'un nouveau narcotique, l'évipan sodique, qui nous paraît présenter certains avantages. Deux questions se posaient d'abord :

1° Dans les conditions normales de réglage de l'appareil à électro-choes, l'anesthésie à l'évipan permettait-elle d'obtenir une crise ?

2° Ces crises sous évipan donnaient-elles les mêmes résultats thérapeutiques que les crises d'électro-choes simples ?

Trompés tout au début de notre expérimentation par un appareillage défectueux, nous avons cru remarquer que l'évipan s'opposait régulièrement à l'apparition de la crise convulsive. La suite de nos expériences a modifié notre opinion. Nous avons traité 17 malades et avons effectué un total de 185 séances. Nous avons 16 absences et 13 échecs, ce qui réduit à 29 sur 185 le nombre de cas dans lesquels, pour une raison inconnue, nous n'avons pas obtenu la crise convulsive. Ce chiffre est d'ailleurs disenable en raison du sous-voltage du courant à Paris pendant toute une période de notre expérimentation. Mais ce chiffre, même tel qu'il est, ne dépasse que légèrement la moyenne des échecs éventuels au cours des électro-choes simples.

Technique : Appareil à électro-choes. — Nous avons employé l'appareil Lapipe-Rondepierre, nous nous sommes efforcées de garder

(1) MM. DELAY, L. VIDART, Ch. DURAND et J. BOUREAU. — Une nouvelle technique de l'électro-choc : l'électro-choc sous narcose. *A.M.P.*, 12 juillet 1943.

(2) MM. M. MONTASSUT, JACQUOT, J. SAUGUET et R. LEULIER. — Chocs cardiazoliques et électriques au cours de la narcose au protoxyde d'azote et au tribrométhanol, *A.M.P.*, 13 décembre 1943.

un réglage à peu près constant. Temps : 4/10 de seconde. Intensité : 250 milliampères, pour une résistance fixe entre 900 et 1.000 volts, ce qui représente le réglage habituel quand on emploie l'électro-choc seul pour la *dose efficace* donnant des crises proches du seuil avec fréquemment un temps de latence.

L'évipan sodique se présente sous forme d'une poudre blanche délivrée en ampoules stérilisées contenant chacune un gramme du produit. Cette poudre est très soluble dans l'eau, mais les solutions sont instables et doivent être préparées extemporanément au moment de leur emploi. Son administration aisée par voie intraveineuse ne doit cependant pas être confondue avec la technique d'une intraveineuse banale. Il y a lieu de rappeler que la dose d'évipan nécessaire ne peut être calculée à l'avance. Elle est strictement individuelle et dépend des réactions du malade au cours de l'injection. C'est une anesthésie « à la demande », exactement comme une anesthésie à l'éther, au protoxyde d'azote ou au cyclopropane. C'est dire la nécessité d'une injection *très lente* au rythme de 1/2 à 1 cc. par minute. L'apparition de secousses, de tressaillements musculaires, de fibrillations doit être évitée car elle est toujours liée à une injection trop rapide. Le signe le plus caractéristique de la narcose à l'évipan est la chute du maxillaire inférieur. Là se situe la période d'anesthésie légère que nous n'avons jamais dépassée, car elle est pour nous la dose d'endormissement suffisante pour pratiquer facilement l'électro-choc.

Evolution des doses. — Cette dose d'endormissement est variable non seulement, comme nous l'avons déjà dit, avec chaque malade, mais aussi pour une même malade au cours du traitement dans certains cas, nous a-t-il semblé, selon l'évolution de l'état mental. Certaines observations sont très caractéristiques à ce sujet.

Contre-indications. — Le produit est transformé au niveau du foie et il s'élimine par les reins, par conséquent pas d'évipan dans les déficiences hépato-rénales graves. De la prudence aussi chez les hypotendus, l'évipan abaissant temporairement la tension artérielle de 1 à 3 divisions. Enfin les cachectiques, les malades affaiblis ou déshydratés sont à classer dans les contre-indications, car chez eux l'élimination se fait très mal.

Résultats. — a) *En ce qui concerne la crise obtenue* : l'injection d'évipan nous permet assez souvent d'obtenir des crises sans qu'il soit nécessaire d'augmenter ni l'intensité, ni le temps. Parfois, il faut augmenter de 1/10^e ou 2/10^e le temps de passage du courant pour obtenir la crise convulsive typique. En ce qui concerne le caractère de la crise elle-même, nous avons constaté certains aspects un peu particuliers : ou bien les phases toniques et cloniques envahissent progressivement la face, les mem-

bres supérieurs, puis les membres inférieurs ; ou bien la crise peut être seulement localisée à la face et, dans ce cas, elle est précédée d'une période de latence, la phase tonique disparaît presque complètement et l'on constate seulement des secousses myocloniques du visage. Dans certains cas, ces crises ébauchées paraissent liées à des doses un peu plus élevées d'évipan. Il faut donc admettre que le narcotique freine dans une certaine mesure l'action épileptogène. Nous n'avons pas constaté de durée plus importante de l'apnée et les inhalations de CO_2 que nous pratiquions au début (1), pour faciliter la reprise respiratoire, se sont révélées inutiles. Nous n'avons pas retrouvé au réveil la phase d'agitation qu'on signale d'une façon très fréquente dans l'emploi de l'évipan en chirurgie. Ceci semblerait montrer que cette agitation n'est pas liée au produit anesthésique, mais qu'elle est due à la douleur post-opératoire chez un sujet pas encore assez éveillé pour dominer ses mouvements instinctifs.

b) *Au point de vue thérapeutique* : l'évipan sodique ne paraît pas modifier les résultats du traitement. Ceux-ci peuvent être plus lents, mais nous avons obtenu les mêmes guérisons, les mêmes améliorations, suivies de rechutes que l'on pouvait prévoir avec l'électro-choc simple. Nous avons choisi des malades dont les diagnostics étaient assez nettement posés afin d'avoir une échelle de comparaison avec les résultats actuellement connus de l'électro-choc simple.

OBSERVATIONS. — *Métancotiques*. — I. — Mme A., 42 ans. Etat dépressif post-puerpéral chez une périodique très améliorée après 1^{re} série de 13 chocs sous évipan. Rechute 15 jours plus tard. Légère amélioration par quelques chocs simples. Reprise sur sa demande de chocs sous évipan pour terminer la 2^e série. Traitement fini le 22 septembre 1944. Amélioration qui se poursuit au cours de la convalescence. 1 mois 1/2 plus tard, la malade qui paraît guérie est en voie de sortie.

II. — Mme G., 47 ans : anxiété et dépression. Echec d'un traitement par absences. Très améliorée aussitôt après les premières crises sous évipan. Six séances. Traitement fini le 3 juillet 1944. Malade sortie guérie le 21 juillet 1944.

III. — Mme L., 38 ans : mélancolie anxieuse. Améliorée à partir du troisième choc sous évipan. Neuf séances. Traitement fini le 4 septembre 1944. Malade sortie le 15 septembre 1944. Revue récemment 1 mois 1/2 après sa sortie en bonne santé.

(1) MM. J. DELAY, BOUREAU. — Le traitement des apnées de l'électro-choc. *Soc. méd. des hôpitaux*. Séance du 2 juillet 1943.

IV. — Mlle P., 30 ans : mélancolie. Après échec des absences sous évipan, malade rapidement améliorée par les chocs sous évipan. Onze séances. Rechute rapide 8 jours après, reprise du traitement. Nouvelle amélioration. Huit séances. Malade sortie guérie le 3 juillet 1944.

V. — Mme F. : dépression mélancolique cyclique. Cinq séances. Très améliorée.

Maniaques. — I. — Mme A., 45 ans : excitation maniaque. Amélioration rapide. Neuf séances. Persistance d'une légère subexcitation. Traitement fini le 30 août 1944. Malade sortie améliorée le 15 septembre 1944.

II. — Mme Mi., 62 ans. Amélioration par chocs simples. Rechute six semaines après. Cinq séances de choc sous évipan. Nouvelle amélioration suivie de rechute.

III. — Mme S., 36 ans. Excitation hypomaniaque traitée à plusieurs reprises par des chocs simples. Amélioration suivie de rechute. Dix séances sous évipan. Même résultat, amélioration puis rechute.

IV. — Mme P., 26 ans : excitation typique. Trois séances sous évipan. Arrêt en raison des difficultés des injections. Pas de changement.

Etats confusionnels atypiques. — I. — Mlle Tu., 17 ans. Excitation confusionnelle. Améliorations suivies de rechutes. Treize séances. Essai de sortie récent.

II. — Mlle To., 19 ans. Excitation psychomotrice atypique et récidivante. Quatorze séances. Amélioration suivie de sortie.

Schizophrénie. — I. — Mlle M., 37 ans. Quatorze séances. Pas de modification du syndrome d'influence. Reprise de l'activité de la malade pendant la cure. Amélioration permettant d'envisager la sortie.

II. — Mlle G., 29 ans. Schizophasie. Douze séances. Amélioration de l'état mental.

III. — Mme B., 30 ans. Douze séances. Aucune modification de l'état mental.

IV. — Mme K., 36 ans. Psychose paranoïde. Onze séances. Aucune modification de l'état mental.

Psychose puerpérale. — I. — Mme M., 24 ans. Cinq séances. Aucune modification de l'état mental ni du comportement.

Epileptique. — I. — Mlle D., 17 ans. Dix séances. Bien que l'évipan soit un barbiturique, aggravation nette au cours du traitement. Alors qu'auparavant la malade avait 5 ou 6 crises par mois, pendant la cure crises presque quotidiennes.

Résultats. — Sur 5 mélancoliques : 4 guérisons, 1 améliorée. Sur 4 maniaques : 1 sortie très améliorée, 2 améliorations suivies de rechute, 1 sans résultat. Sur 2 états confusionnels atypiques : 1 sortie guérie, 1 sortie améliorée. Sur 4 schizophrènes : 2 améliorations dont 1 sortie, 2 sans changement, 1 psychose puerpérale : sans résultat, 1 épileptique : résultat négatif.

Conclusions. — La narcose à l'évipan n'empêche pas la crise convulsive de se produire et n'en gêne pas l'effet thérapeutique. Elle réalise en outre un certain nombre d'avantages. Elle permet de pratiquer facilement des chocs chez des malades qui, soit par pusillanimité, soit par opposition, les refusent systématiquement ou manifestent une trop grande anxiété. L'évipan présente enfin des avantages certains sur les autres anesthésiques préalablement employés. Son administration est aisée, il supprime le désagrément du masque, la préparation toujours un peu longue et délicate d'un lavement, sa technique est si courante qu'elle est facilement acceptée. Elle l'est d'autant mieux qu'elle donne une narcose rapide et agréable qui nous a été à plusieurs reprises signalée par les malades.

Ainsi, cette méthode nous paraît réaliser toutes les conditions souhaitables pour la pratique des électro-chocs sous narcose.

DISCUSSION

M. A. SOULAIRAC. — A propos de la communication de M. Delay, je voudrais rapporter certains résultats humoraux que j'ai étudiés au cours de l'électro-choc pratiqué sous anesthésie à l'évipan. Le dosage systématique des modifications de la glycémie m'a donné les résultats suivants (moyennes en grammes sur 12 malades) :

<i>avant Evipan</i>	<i>après Evipan</i>	<i>après choc</i>	<i>15' après</i>	<i>30' après</i>
	<i>avant choc</i>			
—	—	—	—	—
0,91	0,89	0,96	1,01	0,89

Ces données sont particulièrement intéressantes dans l'étude du problème de la signification physiologique de l'hyperglycémie de l'électro-choc. En effet, M. Delmas-Marsalet a soutenu ici-même que cette réaction hyperglycémique était uniquement d'origine émotionnelle et se produisait même en l'absence de l'électro-choc, après un simple simulacre. Nos résultats montrent, au contraire, que cette hyperglycémie subsiste même chez des malades anesthésiés, c'est-à-dire chez lesquels ne peut plus être admis aucun facteur émotionnel.

Le test de Rorschach dans l'épilepsie essentielle,
par M^{me} F. MINKOWSKA.

Après avoir décrit antérieurement les modifications apportées à la méthode de Rorschach, dans ses applications à la clinique (« Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique », par M. Laignel-Lavastine, M^{me} Minkowska, MM. Bouvet et S. Follin, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1941), puis les résultats des recherches faites chez les schizophrènes (« Le test de Rorschach et la psychopathologie de la schizophrénie », par M. Laignel-Lavastine, M^{me} Minkowska, MM. Bouvet et Neveu, travail qui doit paraître ultérieurement dans la *Revue suisse de psychologie*, et dont le résumé a été présenté par M. Laignel-Lavastine au congrès de Montpellier en 1942), est abordé ici le problème de l'épilepsie essentielle. Ces recherches ont été faites dans le service du Docteur Maillard, à Bicêtre, et à la clinique de Sainte-Anne, sous la direction du Professeur Laignel-Lavastine. Le problème de l'épilepsie essentielle et de ses limites étant encore très discuté, ces recherches y apportent une contribution intéressante.

Les données obtenues à Bicêtre sur des malades chroniques traités au gardénal ont été à elles seules peu démonstratives ; elles ont pourtant confirmé la constatation de Rorschach, que les kinesthésies chez les épileptiques même affaiblis sont relativement fréquentes. L'attitude du malade, la tendance à mimer les kinesthésies, de nombreuses persévérations, ainsi que la longue durée du test se sont montrées également caractéristiques. Ce sont les malades de la clinique, moins atteints, qui ont permis de mettre en évidence, à l'aide de notre méthode faisant une large place aux expressions employées, les traits essentiels de l'épilepsie.

Quatre tests, particulièrement démonstratifs, choisis parmi cent expériences faites, seront reproduits dans un mémoire ultérieur, accompagnés d'une interprétation détaillée. Ici, nous ne pouvons que résumer nos conclusions, en décrivant le comportement des épileptiques pendant le test, en procédant au triage des réponses et en nous adressant au langage et aux expressions de base.

I. — *Comportement* : La durée du test est très, très longue. L'épileptique tient la planche, la maintient, y adhère, la garde, même pendant les absences. Il mime souvent les kinesthésies,

de même, il accompagne ses réponses d'un geste en touchant *spontanément* du doigt les parties visées. Cette attitude devient encore plus saillante si on la compare avec celle des schizophrènes, qui lui est diamétralement opposée : le schizophrène, après avoir pris la planche, la met de suite de côté, la regarde de loin, en gardant la distance, a une résistance à toucher la planche du doigt et reste immobile et figé même en énonçant des kinesthésies.

II. — *Triage des réponses* : En ce qui concerne le mode de perception, c'est le grand détail qui domine ; les réponses globales sont très souvent suivies d'énumération des détails. Les petits détails isolés sont rares. On trouve des réponses de détail intermaculaire. Les réponses de forme, malgré leur caractère affirmatif, sont souvent peu précises, même confuses, elles ont souvent un caractère sensoriel. L'épileptique est attiré par le rouge des II^e et III^e planches et donne des réponses de couleur et de couleur-forme. Il réagit moins aux couleurs des trois dernières planches.

Les kinesthésies sont fréquentes ; leur nombre dépend de l'état momentané, souvent en fonction du traitement suivi. Le contenu a trait aux formes animales, humaines, objets. S'il y a des réponses anatomiques, elles ont trait aux organes et non aux formes ostéologiques. Les réponses géométriques sont rares. Les persévérations sont fréquentes.

III. — *Le langage, les expressions de base* : Ce sont les kinesthésies qui impriment au test son trait le plus saillant. On peut les sérier en deux catégories : les kinesthésies à caractère *adhésif* : « *attaché, appuyé, assis, accroupi, fixé* », ou à caractère *explosif* : « *arracher, tirer, brûler, se sauver, en état d'agression, etc.* ». Ce qui est commun à ces deux séries — point de première importance — c'est qu'elles remplissent le même rôle : elles relient les parties isolées de la planche et de cette manière, au lieu d'avoir une réponse globale, nous obtenons souvent un ensemble. Cette tendance irrésistible des épileptiques à établir le *lien*, même là où la séparation est faite pour les autres individus par la couleur, se traduit par des verbes comme : *sceller, souder, relier* ou par les prépositions *entre* ou *sur*.

Tandis que les tests des schizophrènes nous montrent la *dispersion*, la *séparation*, la « *Spaltung* », dans l'épilepsie nous constatons l'élément opposé : le *rattachement*, l'*adhésivité*, le *lien*, qui, en s'accroissant de plus en plus, peut nous expliquer le caractère des visions dans les états crépusculaires.

Le test de Rorschach met ainsi en relief la structure de l'épilepsie essentielle. Il nous permet de ce fait, de même que le fait

sur un autre plan l'électro-encéphalogramme, de préciser le diagnostic dans les cas douteux. Il peut nous donner de plus les indications pour des mesures d'ordre pratique, telles que la récupération des épileptiques, soit dans le cadre scolaire, soit dans le cadre professionnel.

DISCUSSION

M. GOURIOU. — Je ne partage pas les conclusions que tire Mme Minkowska de sa communication sur la valeur du test de Rorschach pour l'étude des épileptiques. Notre collègue nous a montré des taches où ces malades ont vu des singes, des ours, des peaux, et je crois que tous nous y avons vu aussi des singes, des ours, des peaux. Comme les épileptiques, nous avons adhéré à nos comparaisons, et il ne s'agit là que d'une persistance bien connue de la physiologie normale de la vision, et non d'une persévération pathognomonique de comitialité. Au surplus, est-il besoin de ce test pour distinguer l'épilepsie de la schizophrénie ? Et les longs développements que nécessite l'interprétation des résultats, ne nous replongent-ils pas plutôt dans la confusion ? Au contraire, si nous sortons de quatre ans de ténèbres, il serait souhaitable que cela se manifestât par un retour de la Clinique française à des conceptions et à une expression plus claires.

M. MARCHAND. — Je félicite Mme Minkowska sur ses recherches si minutieuses, mais en ce qui concerne les épileptiques je pense qu'au lieu de nous donner des résultats globaux, il y aurait lieu de faire les mêmes examens en tenant compte du niveau mental de chaque malade. L'épilepsie est un syndrome qui s'observe aussi bien chez des idiots que chez des sujets très intelligents, et je pense que les observations faites sur les individus, en tenant compte de leur niveau mental, donneraient peut-être des résultats différents suivant le degré du fond intellectuel.

Mme MINKOWSKA. — M. Gouriou nous fait l'objection que les traits caractéristiques de l'épilepsie ne diffèrent point de ceux des normaux ; la même objection nous a été faite en 1923 par M. Claude et M. Delmas à l'occasion de notre première communication sur la constitution épileptoïde à propos de la viscosité en tant que l'un des deux pôles de cette constitution. Depuis, cette notion a pénétré dans la clinique ; c'est que cette notion ne vise pas uniquement une modification purement *quantitative* de ce qui est normal, mais marque d'emblée une différence *qualitative* qui, tout en étant plus proche de la personnalité normale que l'autisme des schizoïdes et la « Spaltung » chez les schizophrènes, pèse néanmoins comme une fatalité, sur l'épileptique et rend nécessaires les décharges avec toutes les conséquences qui s'ensuivent.

Je remercie beaucoup M. Marehand d'avoir parlé de la minutie et du doigté que nécessitent ces sortes de recherches. Pour aboutir à mes conclusions, il m'a fallu une longue expérience concernant aussi bien les épileptiques que les schizophrènes, les normaux, etc., aussi bien que beaucoup de patience, les tests des épileptiques étant de très longue durée.

Pour ce qui est du niveau mental des malades, il est évidemment utile d'en tenir compte.

Dans une grande mesure pourtant, le test de Rorschach étant avant tout un test de *structure*, le caractère des réponses est indépendant aussi bien du niveau mental que du bagage intellectuel. A Paris nous trouvons à ce point de vue dans une situation privilégiée, les malades, quel que soit le niveau de leur instruction, disposent d'une richesse du langage qui efface ces différences ; dans les autres pays, à en juger par certaines communications faites à ce sujet, les choses ne semblent pas se présenter sous un aspect aussi favorable.

Le test de Rorschach et le problème typologique, par M. J. DUBLINEAU.

L'un des buts du test de Rorschach était à l'origine d'aider à dégager une caractérologie structurale. C'est à ce titre que Rorschach décrit trois types de réactivité, selon que le sujet est sensible à la couleur, au mouvement ou à la forme. Les types se spécifient selon l'importance respective et l'équilibre de ces critères (extratensif, introversif, coarté, ambiéqual).

C'est sur les deux premiers de ces types que s'est polarisée en fait l'attention des psychiatres et psychologues. Leur caractère antithétique, leur adéquation relative, d'une part à la tradition de Kræpelin et de Bleuler, d'autre part à la typologie kretschmérienne (elle-même issue de ces formules), leur assuraient le succès.

Le type coarté nous semble en fait avoir été trop méconnu. C'est en somme, sauf erreur, peu à peu, que Kretschmer, à mesure qu'il admettait l'existence d'un tempérament épileptoïde, en venait avec Enke à reconnaître la liaison entre ce tempérament et le type coarté de Rorschach (1).

Les travaux de Mme Minkowska sur l'épileptoïdie, l'évolution kretschmérienne ultérieure sur ce problème, certains travaux étrangers sur le tempérament épileptoïde ou ixothyme (Ström-gren), enfin, notre regroupement des états structuraux autour

(1) KRETSCHMER et ENKE. — Die Persönlichkeit der Athletiker, 1936. Thieme, Leipzig, 1 vol.

des notions fonctionnelles de concentration psycho- et sensitivo-motrice d'une part, de résistance biologique d'autre part, nous ont conduit à reconsidérer au point de vue typologique le type coarté de Rorschach.

Le test de Rorschach, en effet, ne peut prendre une valeur caractéro-structurale complète qu'intégré à une typologie somato-fonctionnelle.

1. A ce point de vue SOMATIQUE, nous l'avons étudié en le rapportant systématiquement à une étude morpho-anthropométrique des individus.

Sur 100 sujets, 19 ont révélé au test un type coarté, ce, que le rapport couleur-mouvement ait été égal à 0 (10 cas) ou qu'il ait indiqué une prédominance légère (toujours inférieure à 1) au profit de l'un des deux termes. 98 de ces 100 sujets ont été vus au point de vue typologique (dont 17 coartés). L'appréciation morphologique de ces 98 sujets a donné en moyenne les proportions morphologiques suivantes (en %) :

<i>Normotypie</i>	<i>Pycnotypie</i>	<i>Asthénotypie</i>	<i>Athlétotypie</i>
15,2	28,6	26,8	29,7

Chez les 17 sujets, la proportion morphologique moyenne se répartit comme suit :

19,40	28,05	17,77	34,375
-------	-------	-------	--------

Ainsi, dans le type coarté, il y a baisse de la tendance asthénotypique, hausse de la tendance athlétotypique.

2. Au point de vue FONCTIONNEL, nous avons recherché comment se répartissaient, en fonction du chromotropisme, les types coartés et leurs indices anthropométriques.

A) RÉPARTITION DES TYPES COARTÉS EN FONCTION DU CHROMOTROPISME. — Les sujets ont été répartis en groupes limités par les bandes d'absorption classiques du spectre, selon la technique précédemment décrite (1) par nous. La répartition en % des types coartés est la suivante pour chaque intervalle intermédiaires :

en deçà de A (rouge vif)	0	%	entre D et E (2) ...	0	%
entre A et B	12,5	%	entre E et F	35,7	%
entre B et C	16,6	%	entre F et H	30,30	%
entre C et D	9,9	%	au delà de H (violet)	0	%

(1) Chromotropisme et tendances caractérielles, *Soc. méd.-psych.*, 13 nov. 1944.

(2) Séparation du jaune et du vert.

Au total, prédominance du type coarté dans les zones verte et bleue du spectre.

B) RÉPARTITION DES TYPES MORPHOLOGIQUES EN FONCTION DU CHROMOTROPISME. — 1° *L'appréciation morphologique* donne grossièrement une prédominance de la tendance normoathlétique dans la zone verte et bleue du spectre entre les bandes E et H ; une prédominance pycno-asthénique dans la zone jaune-orangé (entre les bandes A et E). En deçà de A, au delà de H, les proportions s'inversent ou se modifient. La répartition est la suivante (en %) :

	<i>Normotypie</i>	<i>Pycnotypie</i>	<i>Asthénotypie</i>	<i>Athlétotypie</i>
Zone en deçà de A	5	25	30,5	39,0
Zone A-E	11,0	30,90	31,20	26,05
Zone E-H	20,15	26,5	19,5	33,0
Zone au delà de H	25,5	25	30,80	18,0

2° *Dix indices anthropométriques* ont été calculés et comparés en écarts réduits aux chiffres caractéristiques de chaque type morphologique.

En comptant seulement pour moitié les chiffres n'exprimant par rapport aux typogrammes qu'une orientation et non pas une tendance caractéristique, on obtient pour les quatre zones ci-dessus le tableau suivant, qui donne le nombre moyen d'indices dans chaque zone :

	<i>Normotypie</i>	<i>Pycnotypie</i>	<i>Asthénotypie</i>	<i>Athlétotypie</i>
Zone en deçà de A	1	2	3	4
Zone A-E	1,71	2,34	2,25	2,04
Zone E-H	2,7	1,97	4,03	2,82
Zone au delà de H	1,5	2,5	5	1

Ici encore, les chiffres viennent confirmer les résultats de l'impression morpho-visuelle. Ils indiquent un renversement des valeurs normo-athlétiques et pycno-asthéniques pour les zones A-E et E-H du spectre, avec orientation différente aux deux extrémités du spectre.

Ainsi, existe une liaison très nette entre le chromotropisme, le type coarté et le type athlétique ou normo-athlétique. Comme nous l'avions constaté à propos du chromotropisme simple, les extrémités du spectre semblent posséder des propriétés particulières, puisqu'on assiste aux extrémités de la courbe à des modifications de la tendance typologique.

Signalons incidemment qu'aux termes du tableau d'indices ci-dessus, le sens des courbes est le même, d'une part, pour les facteurs athlétique et normotype, d'autre part, pour les facteurs pycnique et asthénique. L'existence d'un facteur commun aux facteurs pycnique et asthénique, sur laquelle nous avons insisté à plusieurs reprises, se trouve ainsi confirmée.

C). RÉPARTITION DES GROUPES SANGUINS. — Dans une note antérieure, nous avons mentionné la liaison existant entre le groupe O et le type athlétique. Il était logique de prévoir ici que le groupe O devrait être plus souvent représenté chez les cyanotropes, puisque ces derniers sont également des athlétiques. C'est ce que confirme l'observation. La proportion des groupes O se fait comme suit (nous ne tenons pas compte des deux zones extrêmes qui, portant sur un total de sept eas, n'ont aucune signification à ce point de vue) :

Zone A-E (43 eas) = 32,5 % de groupe O.

Zone E-H (45 eas) = 42,2 % de groupe O.

La notion de résistance fonctionnelle, donnée par la prédominance chez le cyanotrope, du facteur normo-athlétique d'une part, du groupe sanguin O d'autre part, rejoint ainsi, sur le plan biologique, la notion psychologique de l'*Affektbeherrscher* de Rorschach.

Quant au type coarté, il nous paraît rejoindre les états à type de concentration psycho-sensorio-affective que nous avons individualisés sous des noms divers (type sensitivo-moteur, concentratif, instinctuel, etc.). Si l'on admet que le tropisme sensoriel peut orienter sur la structure typo-caractérologique, on conclura qu'il y a dans la recherche du tropisme une méthode possible d'extériorisation objective de cette structure. Ce principe étant reconnu, reste à trouver une technique permettant une objectivation du chromotropisme, plus précise qu'un simple choix de couleur laissé au hasard du sujet.

DISCUSSION

M. GOURIOU. — M. Dublineau pense avoir trouvé dans les réponses au test de Rorschach une nouvelle possibilité de classer les malades et les normaux dans la gamme des types qu'il a précédemment décrits. Mais à côté des réponses qui cadrent, le nombre de celles qui ne cadrent pas me laisse perplexe sur la valeur — en l'occurrence — de ce procédé. Cela ne tient-il pas d'ailleurs au fait que sa conception typologique — qui marque un effort louable de classification — est

trop sommaire, trop schématique, trop anatomique et tend à appauvrir — parce que basée sur un nombre fort insuffisant d'éléments biologiques — la faune pittoresque des types humains ? Même avec les combinaisons multiples obtenues par le mélange de ses divers éléments typologiques, cette notation quasi-algébrique des types n'ajoute, à mon sens, aucune précision scientifique aux belles analyses psychologiques éparses dans les littératures et dans les observations cliniques et où il n'est pas trop de tous les verbes, de toutes les épithètes et de toutes les ressources des langues pour définir la complexité vivante de l'être humain. Vouloir réduire cette complexité à quelques types risque de ne nous fournir que quelques mots nouveaux.

M. H. BARUK. — A côté du test de Rorschach, il faut signaler que la regrettée Mlle Abramson avait mis sur pied un très intéressant test caractérologique d'interprétation d'images, que malheureusement les circonstances ne lui ont pas permis de publier.

M. DUBLINEAU. — Le problème du test de Rorschach doit être posé sur le plan structural et caractérologique. Comme toute interprétation d'ordre structural (et j'ai suffisamment insisté sur ce point dans mes publications), le test ne vaut qu'en ce qu'il exprime une certaine *proportion*, étant entendu qu'il y a souvent dans ce rapport une *prédominance* qui donne son aspect psychologique à l'individu. De même, une certaine prédominance dans la proportion morphologique donne au sujet sa forme essentielle. Reste à établir la liaison entre prédominances structurale et morphologique. Il y a là de nouvelles combinaisons possibles qui permettent de nuancer singulièrement une interprétation typologique. Surtout, une fois admis le principe de la méthode, rien n'empêche de la perfectionner en multipliant les mensurations ou les éléments de l'appréciation visuelle. C'est précisément pour chercher un reflet de cette réalité mouvante qu'est le biotype que — le sens général d'une typologie étant précisé — on s'efforce d'en multiplier les bases. Le test de Rorschach peut être une de ces bases. C'est loin d'être la seule. Nous l'avons utilisé parce que nous en avions l'occasion, mais il n'offre à nos yeux que la valeur d'un exemple, ou d'un symbole. Son emploi nous montre comment, à partir d'une excitation donnée (en l'espèce la présentation des planches), on peut obtenir des réactions quasi-expérimentales.

Ces réactions sont verbales, soit. Comme telles, elles sont riches et nuancées. Nous allons donc plus loin que Rorschach et les autres auteurs, puisque nous recueillons soigneusement l'ensemble des propos tenus soit durant, soit en dehors de la présentation de la planche. Ce, que les propos aient traité ou non à ces planches. On ne saurait aller plus loin dans le respect clinique du Verbe.

Reste, ce verbe, à l'utiliser. Pour cela, nous sommes persuadé que l'avenir sera fait d'un compromis entre l'immensurable psychologique

du langage et les essais de réduction de ce dernier à des interprétations statistiques. Si relatif que soit le chiffre, c'est au chiffre qu'il faut tendre, et, en l'espèce, au typo et au psychogramme. C'est là la seule façon de comprendre une structure, que nous aurons tout loisir ensuite d'enrichir de finesses psychocliniques.

Mme MINKOWSKA. — En ce qui concerne le type coarté dont a parlé M. Dublineau, nous ne croyons pas qu'il corresponde au caractère épileptique ; ce dernier se rapproche bien davantage du type *sensitivo-moteur*, précisé avec tant de finesse par M. Dublineau dans son étude : « La notion des structures dans les troubles du caractère de l'enfant » (*L'Evolution psych.*, 1938, fasc. III).

L'assistante sociale psychiatrique (III). Son rôle au dispensaire, par MM. H. BEAUDOUIN, R.-H. HAZEMANN et P. FOUQUET.

Après l'étude du rôle hospitalier de l'assistante sociale psychiatrique, présentée dans les communications du 26 juin et du 20 octobre dernier, étude schématique certes, mais assez détaillée, il nous sera permis d'envisager plus brièvement le rôle de l'assistante sociale psychiatrique au dispensaire d'hygiène sociale. Peu importe, d'ailleurs, que le fonctionnement du dispensaire soit strictement spécialisé, ou mieux, intégré à une organisation polyvalente, tel le Centre de santé faisant partie d'un Office public d'hygiène sociale départemental (ou si privé, agréé par cet Office)... qu'il s'adresse aux seuls enfants ou, en même temps, aux adultes, formule qui paraît préférable.

Si R.-C. Cabot signalait déjà les soins donnés aux « aliénés sortis » (1880), l'extension du Service social au dispensaire a fait à l'étranger des progrès notables. On doit indiquer toutefois que les récentes publications d'ensemble (thèse de L. Vidart, 1937 ; articles Desruelles et Bersot, *Hygiène mentale*, 1938-39) n'entrent pas dans les détails de fonctionnement et signalent seulement l'activité des assistantes sociales en liaison avec les consultations externes, en Allemagne (Ilberg), en Belgique (Alexander), au Canada, en Russie (Desruelles et Bersot), au Danemark..... Etudiant (*Aliéniste français*, juin 1835) les « Offices de réadaptation sociale et le reclassement par le travail en Belgique », Alexander précise le rôle du Service social dans le placement, la surveillance, les relations familiales, et souligne l'intérêt d'une étude du malade « non pas dans le milieu artificiel d'une clinique... mais dans la vie même ».

Le rôle de l'assistante sociale psychiatrique au dispensaire se divisera logiquement : *avant*, *pendant* et *après* l'examen médical. Il ne peut être conçu que comme un service médico-social, sous la direction technique du médecin.

A. — *Avant l'examen médical*, l'assistante sociale psychiatrique jouera un rôle primordial. Il sera souvent une intervention au second degré, sollicitée qu'elle sera par l'assistante sociale polyvalente ou familiale.

Chez l'enfant, où l'intérêt majeur réside dans le dépistage précoce des anomalies, tant de l'intelligence que du caractère et du comportement, elle opérera de façon systématique, par liaison constante, sur l'étendue du secteur, avec les divers services sociaux : assistantes *familiales*, assistantes *scolaires*, assistantes de *police* s'il y a lieu ; services de l'enfance délinquante aussi, « services sociaux psychiatriques... quelquefois sans le savoir » (P. Fouquet).

Une fois noté le besoin d'intervention, l'assistante sociale psychiatrique cherchera d'abord à convaincre la famille de la nécessité d'un examen médical. En même temps, elle poussera son enquête « sur le milieu social et professionnel, sur la composition et la cohésion de la famille » (Hazemann et Fouquet).

Chez l'adulte, les moyens de dépistage sont sans doute moins aisés. En dehors des présentations spontanées, de l'intervention du médecin de famille, resteront des possibilités de dépistage, notamment à l'atelier (accidents réitérés, liaison avec les services sociaux prévus par la loi du 28 juillet 1942, titre II... avec les Assurances sociales...). Une mention spéciale doit être réservée aux anciens malades des hôpitaux psychiatriques (avec cas particulier pour buveurs d'habitude, épileptiques, toxicomanes, etc...), à qui le médecin traitant aura conseillé de suivre la consultation psychiatrique proche de leur domicile, et que l'assistante sociale psychiatrique hospitalière confiera à sa collègue du dispensaire intéressé. Il y a là une liaison extrêmement importante à réaliser, en même temps qu'une « organisation de la post-cure », parallèle à celle que réalisent sanatoriums et dispensaires anti-tuberculeux.

Comme pour l'enfant, une enquête préalable détaillée sur le milieu familial, ses conditions d'existence, la réaction du sujet, les excès divers... sera le complément nécessaire à la préparation de l'examen médical.

B. — *Pendant l'examen médical*, l'assistante sociale psychiatrique devient « l'adjoindte indispensable » du médecin (Fou-

quet). Elle assistera à l'examen, apportant tous ses documents, les résultats de l'enquête, consignée en un rapport écrit, documenté, condensé et lisible, versé au dossier et doublé du commentaire oral, vivant, que peut apporter un témoin oculaire.

A ces documents sont joints, pour les enfants en particulier, les divers tests pratiqués par elle, selon les modes classiques, ainsi que, éventuellement, les résultats des recherches de laboratoire.

Les conclusions médicales sont soigneusement notées dans leur détail par l'assistante sociale psychiatrique, en vue de son action ultérieure.

C. — *Après l'examen médical*, il s'agira, pour l'assistante sociale psychiatrique, soit de contribuer à un traitement à domicile, soit plus rarement d'aboutir à un placement (placement hospitalier, placement médico-pédagogique pour les enfants...).

A domicile, elle aura à contrôler l'exécution des conseils médicaux et des prescriptions, à donner des conseils pratiques, à rétablir avec tact des situations difficiles, à « modifier l'état pathogène de la famille » s'il y a lieu.

Elle devra parfois donner des directives en vue d'un reclassement social et professionnel, en liaison avec les organismes publics ou privés (fiches de liaison à prévoir). Son action morale et éducative se doublera d'une action « matérielle » par liaison avec les services sociaux divers, les œuvres spéciales, les sociétés de patronage.

Du point de vue thérapeutique — si le dispensaire, comme il est de règle, ne prescrit pas de médicaments — l'assistante sociale, sur instructions précises du médecin psychiatre, prendra contact avec le médecin de famille, tiendra compte des ressources des intéressés, les canaliserà au besoin vers des consultations hospitalières de traitement.

Si un placement est nécessaire, elle entre en contact avec l'administration intéressée (documentation sur les lieux, le nombre de places, les vacances, etc...) et s'inquiète des modalités du paiement des frais : Assurances sociales, Assistance médicale gratuite, etc... Les demandes sont évidemment simplifiées quand un service central de l'Office public d'hygiène sociale se charge activement de l'admission des malades en établissement de cure.

Pour ce qui est en particulier des malades placés dans les services des hôpitaux psychiatriques, elle se tient en liaison avec sa collègue de ces établissements, qui, à son tour, pourra ultérieure-

ment, on l'a dit déjà, lui confier à nouveau le malade, selon les indications du médecin traitant.

Cette activité essentielle correspond à ce que, dans le rôle hospitalier de l'assistante sociale psychiatrique, on a qualifié de rôle « général ». Comme l'assistante sociale psychiatrique, celle du dispensaire pourrait contribuer aux recherches « systématiques » :

En effet, la constitution d'un Fichier Central dans un organisme tel qu'un Office d'Hygiène Départemental paraît nécessaire : au point de vue scientifique et au point de vue administratif, une section spéciale statistique collecte dans ce fichier l'ensemble des documents médicaux et sociaux que seule l'assistante sociale psychiatrique est à même d'apporter. Dans un système de fiches perforées, tel que l'un de nous l'a proposé, chaque consultant possède une fiche remplie par l'assistante sociale, sur laquelle sont indiquées toutes les informations médicales, sociales, professionnelles. Cette fiche suit le malade dans sa destinée pour être finalement, dûment complétée par l'assistante sociale guidée par les médecins, renvoyée au Fichier Central.

La constitution d'une telle masse de documents recueillis directement, et facilement exploitables, permet des recherches systématiques soit en neuro-psychiatrie infantile, soit en neuro-psychiatrie de l'adulte, soit encore quand il s'agit de déterminer avec précision les rapports exacts de ces deux secteurs de la psychiatrie. Toute une série d'études particulières à la psychiatrie sociale ne peuvent être entreprises qu'avec le concours de l'assistante sociale spécialisée dont le rôle pour cette mission bien définie apparaît important.

Pour permettre la réalisation de ce programme, une éducation professionnelle « spécialisée » est certes indispensable. Elle est particulièrement délicate, tant par suite de la spécialisation médicale et psychologique que par suite des difficultés d'un service social éducatif, à exercer dans des milieux souvent eux-mêmes déficients psychologiquement et physiologiquement et cela dans une matière dont la technique est encore bien peu fixée. Des difficultés nouvelles seront soulevées par le réajustement à leur milieu des prisonniers et déportés libérés. La question a été abordée avec quelques détails à propos de l'assistante sociale psychiatrique hospitalière et de l'avant-projet du Dr A. Brousseau. Ajoutons que cette spécialisation, nécessitant un complément d'études important et un travail social difficile, mérite que soit appliqué un statut assuré, et prévue une situation convenable, n'ayant rien à envier à ce que l'industrie offre très généralement aux débutantes.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- HEUYER (G.) et HAZEMANN (R.-H.). — Règlement du Service de prophylaxie mentale de l'O.P.H.S. de la Seine. *O.P.H.S.*, 2-1-1942.
- HAZEMANN (R.-H.) et FOUQUET (P.). — Le Service de prophylaxie mentale de l'O.P.H.S. de la Seine. *Bulletin de documentation*, N° 326, du 15 novembre 1943, et *S.M.P.*, 25 octobre 1943.
- GENIL-PERRIN et Mlle HÉBRARD. — La technique du Service social psychiatrique. *S.M.P.*, 25 octobre 1943.
- HAZEMANN (R.-H.) et Mlle BOUBJAILLAT. — L'Organisation des services de prophylaxie mentale. *Hygiène Sociale*, février 1944.
- FOUQUET (P.). — Pour une psychiatrie sociale, les assistantes d'hygiène mentale (à paraître dans *l'Hygiène sociale*).

DISCUSSION

M. GOURIOU. — Il serait désirable que les services d'assistance sociale tirent une conclusion de leurs observations, qu'ils aient au besoin certains pouvoirs d'investigation. Cela permettrait d'éclairer bien des points encore obscurs sur la pathogénie des troubles psychopathiques, étant donné la diversité des milieux dans lesquels l'assistante sociale est appelée à pénétrer.

M. BEAUDOUIN. — Ce point n'est pas perdu de vue. Nous renvoyons à ce sujet à notre première note sur la question.

M. LIERMITTE, *président*. — Je rappelle qu'à la dernière séance une commission a été désignée, qui doit nous proposer des conclusions sur le problème si important de l'assistante d'hygiène mentale.

Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie, par MM. Lucien BONNAFÉ et Pierre FOUQUET.

Il ne paraît point très original d'affirmer que les réalisations en matière d'assistance sont fonction de l'évolution de la doctrine, qu'une crise doctrinale entraîne une crise d'assistance, que les formes imprimées aux services de cure dépendent des conceptions théoriques en cours sur la folie.

Mais il est moins banal de souligner que la doctrine en cours est elle-même profondément enracinée dans le terrain sur lequel elle s'est développée, qu'elle est marquée des conditions dans lesquelles ont travaillé ceux qui l'ont élaborée, que les formes d'assistance trouvent leur reflet fidèle dans les conceptions doctrinales.

L'évolution historique de l'assistance apporte une preuve

indiscutable de ces affirmations : le fou, avant d'être un malade, a d'abord été un individu socialement dangereux ; avant d'être soigné dans un hôpital, il a été d'abord « colloqué ». Ce point de vue carcéral a pesé sur l'évolution de la doctrine psychiatrique.



Ce n'est pas par hasard que nous posons actuellement ces problèmes, cette publication est une intervention de circonstance. Nous vivons une époque où se développe un puissant mouvement de réforme de la médecine, en un sens plus large : réforme de la structure sanitaire du pays. L'arriération de l'assistance psychiatrique en France ne saurait persister à l'écart de ce mouvement que si la psychiatrie française démissionnait gravement de ses devoirs, devoir social des hommes comme devoir scientifique des chercheurs. Nous, psychiatres, sommes mieux placés que n'importe qui pour souligner l'indissolubilité des deux aspects du problème : la solidarité entre connaissance de la maladie et lutte contre la maladie sont pour nous une évidence première.

Ceci, les psychiatres l'ont toujours dit, mais l'insuffisance du système d'assistance, système qui est leur instrument de travail, n'a pas permis encore une application élargie et généralisée.

Il y a eu de tout temps d'excellents projets et d'excellentes réalisations. Mais les uns comme les autres ne se sont pas encore inscrits dans le cadre d'un corps de doctrine suffisamment cohérent.



Nous nous souvenons du si remarquable plaidoyer pour une psychiatrie humaine de P. Balvet, à Montpellier, en 1942 (Asile et hôpital psychiatrique. L'expérience d'un établissement rural). Si cette intervention trouva si peu d'écho, nous ne doutons pas qu'il faille en chercher la cause principale dans le peu de confiance qui pouvait alors se manifester pour des réalisations pratiques, le peu d'espoir que l'on pouvait mettre en une métamorphose du décor habituel de notre activité professionnelle, un rajeunissement de nos instruments de travail.

Ce pessimisme était assurément excessif. Même dans les conditions d'alors, les plus mauvaises qu'il fût possible d'imaginer, un chef de service, à la condition à peu près indispensable qu'il eût la direction de son établissement, pouvait faire œuvre créa-

trice, ranimer ce corps sans âme qu'est toujours un vieil asile, urbain ou rural.

L'un de nous a pu profiter de l'enseignement imposé par les faits dans l'établissement rural, dont l'expérience était invoquée dans cette publication.

En fait d'expérience, l'une au moins nous paraît faite, c'est que chacun de nous est le siège d'un conflit entre des tendances doctrinales vivantes, cultivées dans un climat humain d'assistance et des tendances psychiatriques, qui sont dans l'impossibilité d'évoluer en raison d'un équipement insuffisant.



Toute activité spéculative nous paraît devoir trouver son but dans la vérité pratique. Et nulle autre préoccupation spéculative ne nous paraît plus fondamentale que celle-ci : améliorer notre connaissance de l'objet de nos recherches par la pratique des conditions de cette connaissance.

Nous pouvons témoigner ici d'une vérité expérimentale : c'est que voir des malades en uniforme ou en vêtements individuels donne de la folie une idée très différente ; de même, voir des malades alités, inactifs ou les voir occupés à quelque tâche plus ou moins efficace.

Nous irons plus loin encore, il suffit d'expériences simples pour se convaincre du caractère souvent bien artificiel de symptômes comme le gâtisme ou l'agitation. La séméiologie de ces symptômes se modifie profondément si l'on expérimente l'efficacité curative et prophylactique de mesures élémentaires, lever des gâteux, affectation des agités à certains travaux, buanderie, tâches ménagères, etc...

Les conceptions nosographiques reflètent le système d'assistance dans lequel elles sont nées ; la pratique systématique du triage des malades, selon la capacité sociale, contribue à rectifier le schématisme nosographique et souligne les aspects unitaires de la folie. La conception d'une classification selon les niveaux et modes de sociabilité oriente à son tour vers un système d'organisation des services intra- et extra-asilaires incontestablement plus perfectionné.

Si nous nous orientons de plus en plus vers l'extension extra-asilaire de notre activité, ce n'est pas seulement pour nous conformer à une évolution sociale qui tend à assurer à l'homme le maximum de garanties contre la maladie, c'est aussi parce que nous savons mieux, par une connaissance améliorée de la psy-

chiatric, l'importance des facteurs lointains, individuels et extra-individuels, dans la genèse des psychoses, et, sur l'autre bord, l'influence du milieu sur la réadaptation du malade amélioré. Simultanément, la pratique d'une psychiatrie ouverte nous donne sur la vie de la psychose une vue plus génétique, nuance nos conceptions doctrinales, change notre opinion sur la folie.

Dans l'ensemble, une attitude d'humanisation dans l'organisation générale et le détail du service conduit à une humanisation de la doctrine ou, mieux, développe à son tour le caractère d'humanité qui l'a inspirée.

Nous mettons en garde contre une interprétation sentimentale des mots humanité, humanisation. Certes, il s'agit bien d'un aspect moral, de l'exigence chez le psychiatre, du maximum de respect envers la personne du malade, mais là ne se borne pas la signification de ces termes. Il s'agit aussi d'une attitude scientifique, méthodologique, l'objet de notre connaissance n'est pas un organe malade, pas plus qu'un esprit pur, il est une personne, un homme, un être social, la psychiatrie n'est pas plus une somatologie qu'une psychologie, elle est une anthropologie.

**

Le psychiatre est médecin, il est aussi psychologue, il est l'un et l'autre parce qu'il soigne des malades dont les troubles sont à symptomatologie psychique dominante, il est aussi autre chose : responsable d'aliénés, de malades qui lui sont confiés par suite de perturbations de l'attitude sociale, il est responsable non seulement de la réadaptation sociale, en vue de la restitution au monde extérieur, mais aussi, au sein même de l'établissement de cure, de l'organisation d'une *néo-société*. Sa tâche est d'étudier les niveaux de sociabilité, avec les modalités individuelles, d'adapter chaque personne, chaque groupe, à une fonction, de créer les organismes de réadaptation, il anime son service d'une vie réelle, il est obligé à une politique réaliste, à un examen incessant du cas concret, individuel.

La signification ultime de son effort, c'est l'unité de l'assistance psychiatrique dans son secteur. Il est nécessaire qu'il puisse disposer de toute la gamme des possibilités d'adaptation, sinon dans chaque service, du moins dans chaque établissement (au sein duquel, la coordination des services sous direction médicale est indispensable) et autour de l'établissement. Il doit pouvoir utiliser : les quartiers plus ou moins ouverts, les ateliers ergothérapiques de niveaux variés, le travail au sein du quar-

tier et la migration hors du quartier pour le travail, les distractions multiples, la colonie agricole, le réseau de placement familial, sans parler de l'intégration à la vie du centre psychiatrique des services de dépistage, de prophylaxie et de post-cure.

Aussi schématiquement exposée, cette conception de la néo-société asilaire ne paraît pas radicalement différente de l'organisation traditionnelle. Elle ne l'est pas, en effet, mais il nous paraît indispensable d'insister sur ce fait, que la conscience de la solidarité entre les problèmes d'assistance et les problèmes doctrinaux impose, dans l'examen du malade et l'organisation du service, une attitude plus systématiquement orientée qu'il n'est habituel vers la détermination et l'utilisation des capacités sociales restantes. Elle condamne la formule habituelle des quartiers de travailleurs. Elle nous conduit enfin à une conception du chef de service et surtout du médecin directeur, radicalement opposée à l'aspect mécanique et stérile que représente une opinion caricaturale.

Elle permet, avant l'ouverture d'une ère constructive, de défendre aussi bien au point de vue « scientifique », que d'un point de vue « humanitaire », une conception du centre psychiatrique qui fait de la présence de tous les modes conjugués de thérapeutique et d'assistance, de l'infirmerie modèle au réseau de placement familial, non un luxe mais un minimum indispensable. Elle permet d'envisager la solution de la trop indiscutable crise doctrinale actuelle comme liée à la solution de la crise d'assistance. Elle met au premier plan de nos préoccupations techniques l'exigence d'un plan d'équipement hospitalier et extra-hospitalier, qui ne soit point médiocre, mais réponde exactement aux besoins prévisibles. La reconnaissance de cette primauté de l'équipement et de l'organisation constituera la plate-forme théorique, la doctrine minima, sur quoi se fondera la véritable unité de l'assistance psychiatrique.

Quelques résultats de traitements de troubles du caractère, par M. H. DAUSSY et M^{lle} Edith WOLFF.

Nous avons ici simplement groupé sept observations d'enfants diversement traités pour des troubles du caractère de type voisin, à manifestations un peu variables, mais ressortissant essentiellement à un fond commun d'impulsivité, de violence, d'esprit d'opposition.

Dans une publication faite dans les *Annales* en 1936, MM. Dublineau et Dorémieux, après avoir rappelé le fait que, dans l'épilepsie essentielle, l'acétylcholine, ajoutée aux traitements classiques, non seulement réduisait le nombre des accès convulsifs, mais encore s'accompagnait dans quelques cas d'une modification heureuse des troubles du caractère, disaient comment, partis de là, ils étaient passés à l'utilisation de cette médication dans des troubles caractériels simples, évoquant l'épileptoïdie.

Dans nos quatre premières observations, c'est l'acétylcholine que nous avons utilisée, à l'exclusion des barbituriques sauf dans un cas :

OBSERVATION I. — M. B., fillette de 8 ans ; hérédité alcoolique ; sans dystrophie marquante ni arriération mentale caractérisée ; plutôt souriante, timide à l'examen médical, est sournoise, très indocile, entêtée, brutale, farouche dans la vie courante. Du 10 novembre au 5 décembre 1943 : série de 25 injections quotidiennes d'acéchole à 0 gr. 20. Au cours de ce traitement, l'enfant devient moins sauvage, se montre presque affectueuse et serviable. Après la fin de la série, amélioration encore accentuée : beaucoup moins entêtée, se met à répondre un peu aux questions posées, s'occupe et rend des services. Cette amélioration persiste jusque vers le 15 février 1944 : elle a donc duré deux mois. Puis, à nouveau, caractère insupportable, hostilité ; l'enfant se roule à terre dans ses mécontentements, est impossible à faire céder. Alors, du 28 février au 16 mars 1944, deuxième série de 15 injections d'acéchole à 0 gr. 20 : elle ramène la même amélioration ; l'enfant est calme, beaucoup moins entêtée, et s'épanouit un peu. Cette deuxième phase de mieux persiste encore, 5 mois 1/2 après la fin de cette série.

OBSERVATION II. — H. C., 16 ans ; intelligente ; violente, faisant des scènes dès son enfance ; instable motrice et caractérielle ; grossière, entêtée, insensible aux punitions ; voleuse ; menteuse. En janvier-février 1944 : série de 25 injections quotidiennes de 0 gr. 20 d'acéchole ; amélioration pendant la série même, très nette et importante : H. C. est plus stable dans son activité et son caractère, s'applique à son travail, est devenue assez sociable et cherche même parfois à rendre service. Puis, au bout de 5 mois, on note le retour de vols et mensonges, de mauvais caractère.

OBSERVATION III. — A. A., garçon de 12 ans ; quelques signes de dégénérescence ; mutité presque complète, sans surdité ; comprend la conversation. Est très violent, coléreux, brutal ; déchire ses habits, frappe tout le monde, veut tout casser ; à tel point qu'on doit le camisolier. Tandis qu'il prend un comprimé de belladéal constamment depuis le 14 septembre 1943, on lui fait, du 25 novembre 1943

au 13 janvier 1944, une série de 20 injections d'acécholine à raison de 0 gr. 20 tous les deux jours. Dès le milieu de cette série s'observe une nette amélioration ; tout en restant encore difficile de caractère, l'enfant a moins de colères, ne déchire plus ses vêtements, est plus sociable, tolère ses camarades ; cela dure 4 mois 1/2, à la suite de quoi on voit reparaitre les crises de colère.

OBSERVATION IV. — V. S., garçon de 13 ans ; en retard dans son développement physique et sexuel ; de bonne intelligence. A l'entrée, en janvier 1943, sauvage, ne répondant que par monosyllabes, indocile, il présente de plus un état d'excitation avec violence, insolence, impulsivité ; a notamment des impulsions coprolaliques pendant les repas, avec cris accompagnés de rejet brusque et bris de la vaisselle. A deux reprises, en mai et juillet 1943, on fait deux ou trois injections de sulfosine qui calment momentanément. En octobre, nouvelle phase d'excitation semblable. On fait alors une série de 20 injections quotidiennes d'acécholine à 0 gr. 10 ; elle procure un mieux consistant en disparition des impulsions coprolaliques et amélioration du fond habituel de sauvagerie et indocilité : cela dure quatre mois, puis réapparaissent des manifestations d'excitation avec bris de carreaux. On refait alors une série de 20 injections d'acécholine à 0 gr. 20, en mars-avril 1944 ; l'excitation est enrayée ; un mieux semblable au précédent s'installe, un peu plus accusé même, en ce qui concerne la sociabilité ; il se maintient pendant trois mois au bout desquels réapparaissent encore des impulsions motrices au moment des repas.

Nous avons pensé qu'il y avait intérêt à donner ces doses de 0 g. 10 et 0 g. 20, qui ont été bien supportées par lous, sans accident immédiat, ni ultérieur. Mais nous n'avons pas actuellement sur ce point une opinion faite et nous nous proposons de reprendre l'expérimentation en faisant varier les doses, notamment en fonction de certaines résistances à l'action médicamenteuse, ou en cherchant à prolonger les durées des améliorations.

A côté de ces résultats de traitement par l'acécholine, voici trois autres observations : nous publions récemment les premiers effets de notre application du salicylate de soude, de la teinture de colchique et du eautére chimique à divers cas d'épilepsie essentielle, et nous mettions en avant, à côté d'une influence variable et restant à préciser sur les crises convulsives et ses équivalents, la modification heureuse, constante et notable des troubles du caractère que présentaient nos sujets. Nous avons commencé à mettre parallèlement en œuvre ces mêmes médications dans le traitement de troubles caractériels simples chez une trentaine de malades ; malheureusement, la pénurie de produits a obligé assez vite à en interrompre à peu près com-

plètement l'utilisation ; nous donnons ici deux de ces cas, que nous reprendrons dès que possible dans leur ensemble :

OBSERVATION V. — A. H., fillette de 13 ans ; entrée en février 1944 ; bonne constitution physique, mais déficience hépatique légère ; intelligence normale ; mais boudeuse, renfrognée, sournoise, voleuse, malsaine, d'une brutalité marquée, surtout aux jeux ; paresseuse en classe. Le 21 mars 1944, on crée un cautère et on institue l'association de 4 gr. de salicylate de soude buccal et de XXX gouttes de teinture de colchique par jour ; ce traitement amène une amélioration assez rapide, et dès mi-avril, on observe qu'elle ne vole plus, est plus ouverte, moins brutale avec ses camarades ; elle fait des efforts en classe. Lorsqu'on doit cesser le salicylate fin août, cet état persiste toujours.

OBSERVATION VI. — D. N., 16 ans ; de bonne intelligence ; est vicieuse, insolente, grossière, désordre ; le 2 juin 1944, on lui fait un cautère et on lui donne 4 gr. de salicylate de soude et 1/4 de mmgr. de colchicine par jour ; faute de produit, on doit cesser le 4 septembre 1944 ; mais on apprécie des modifications du caractère : elle est devenue beaucoup moins insolente, grossière, en même temps qu'elle est moins vicieuse ; cela persiste encore, deux mois 1/2 après la cessation obligée du traitement.

OBSERVATION VII. — Dans notre dernière observation, acéchéoline et salicylate de soude ont été juxtaposés :

S. L., jeune fille de 16 ans ; père alcoolique ; mère névropathe ; milieu de vie très pénible ; travail fatigant avant l'entrée dans le service en avril 1943 : on observe pendant quelque temps son insolence, ses colères terribles pour les moindres contrariétés, suivies de plusieurs jours de bouderie. On lui donne une médication iodée pendant l'été et jusqu'à fin novembre 1943. D'autre part, à partir du 3 août 1943, on fait chaque jour 2 gr. de salicylate de soude intraveineux ; ne notant encore aucune amélioration en novembre 1943, on fait parallèlement une série de 30 injections d'acéchéoline à 0 gr. 20, du 10 novembre au 13 décembre 1943 ; et on poursuit le salicylate de soude jusqu'au 31 janvier 1944 : c'est pendant la série d'acéchéoline que les moments de mauvaise humeur commencent à diminuer de fréquence et de durée ; cela s'accroît par la suite ; du 20 février au 15 mars 1944, on refait une deuxième série de 2 gr. de salicylate de soude intraveineux quotidiens ; maintenant encore, au bout de 10 mois, l'amélioration se maintient.

Nous observons dans ce dernier cas la longue durée de l'amélioration ; nous y avons associé acétylcholine et salicylate de soude ; en renouvelant une telle association, nous serons capables d'avoir une opinion sur son utilité.

Ce n'est là encore que l'exposé de quelques faits. D'autres observations viendront ultérieurement s'y joindre et permettre peut-être de tirer d'utiles remarques sur le mode d'action, les indications, les modes d'application de ces traitements, notamment du groupe salicylate de soude, colchique, eaulfère, ainsi que de l'acéchéoline, administrés séparément ou en association.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — L'acétylcholine dont, avec Dorémieux, j'ai préconisé l'emploi dans les troubles du caractère à type d'impulsivité agressive et violente, doit être utilisée avec une certaine prudence. Il nous est arrivé, en effet, dans un cas, de constater une évolution tuberculeuse rapide après traitement par l'acétylcholine chez un jeune homme de ce type caractériel. En principe, nous ne dépassons guère au-dessous de quinze ans les doses de deux à cinq centigrammes tous les deux jours.

Constatations médicales et sociales au Centre d'accueil des mineurs délinquants d'Ille-et-Vilaine, par MM. H. DAUSSY et P. FLOR.

Le Service social de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence d'Ille-et-Vilaine a ouvert son Centre d'accueil le 1^{er} mai 1943. Cent huit mineurs y ont été reçus en un an. En étudiant son activité, nous nous sommes attachés à certaines constatations d'ordre médical et d'ordre social.

Recrutement

1° Le LIEU D'ORIGINE est essentiellement régional : 84 p. 100 des mineurs sont Bretons (parmi eux, 75 p. 100 d'Ille-et-Vilaine, le reste étant surtout fourni par les Côtes-du-Nord). Pour l'Ille-et-Vilaine, il y a sensiblement le même nombre de garçons originaires de la campagne et de la ville ; la majeure partie de ces derniers viennent de Rennes.

2° Le RECRUTEMENT s'est trouvé compris entre onze et dix-huit ans. Dans l'ensemble, les citadins sont plus âgés que les campagnards, l'âge moyen des campagnards étant de près de quinze ans et des citadins de plus de seize.

Ages	11	12	13	14	15	16	17	18 ans
Citadins	1	0	3	4	4	11	15	7
Campagnards .	3	2	6	9	12	10	6	4

3° Les DÉLITS : C'est le plus souvent le vol qui est en cause (77 p. 100), vol de denrées ou d'objets de valeur (beurre, tabac, bicyclette) ou de sommes d'argent qui ont été souvent importantes. Le vagabondage a été constaté dans la proportion de 15 pour 100. Les attentats aux mœurs sont rares (5 p. 100). Les coups, incendies, etc., sont exceptionnels.

4° Le NOMBRE des mineurs entrés au Centre d'accueil a été de cent huit dans l'année, avec un maximum d'entrées en octobre et un minimum en août.

Dates....	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril
Entrées..	9	10	8	4	10	14	9	13	9	8	8	6
Evasions.	1	6	4					1		2		4

Observation des mineurs

1° Les MOYENS D'OBSERVATION. — A) *L'enquête sociale* a été effectuée dans quatre cinquièmes environ des cas.

B) *L'observation du comportement et l'examen médico-psychiatrique* ont été suffisamment prolongés. La moyenne de séjour au Centre a été de neuf à dix semaines.

C) *L'orientation professionnelle* a pu être déterminée assez souvent après l'examen spécialisé de la directrice des services d'orientation professionnelle de la Chambre de commerce.

2° Les ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Recherchés plus particulièrement chez quatre-vingts mineurs, ils font essentiellement ressortir l'alcoolisme et la tuberculose.

L'alcoolisme des ascendants a été noté en effet dans 46 p. 100 des cas. Les deux tiers de ces garçons venaient de la campagne. Ce chiffre s'applique à des cas d'alcoolisme avéré et il est vraisemblablement, malgré son importance, nettement au-dessous de la vérité.

La tuberculose chez les ascendants directs ou les collatéraux est relevée dans 27 p. 100 des cas, à parties égales dans les milieux urbains et ruraux.

Quant aux hérédités nerveuses et mentales, elles se retrouvent dans 17,5 p. 100 des cas, dont les deux tiers chez les enfants venus de la campagne ; il y avait dans ces hérédités quatre cas d'arriération mentale, quatre cas de psychopathie délirante, deux cas de suicide maladif, deux cas d'épilepsie, deux cas de traumatisme crânien ; parmi ces quatorze ascendants malades, trois avaient été internés.

Les hérédités syphilitiques ont un faible pourcentage (2 pour 100). Elles ont été mises en évidence par des stigmates morphologiques certains. Les réactions sérologiques destinées à rechercher la syphilis ont été pratiquées chez tous les mineurs ; aucune n'a été positive.

3° *Le MILIEU FAMILIAL.* — Le foyer est dissocié dans 50 p. 100 des cas (mort, séparation, disparition, père prisonnier, père inconnu, etc...). Le milieu est nettement mauvais dans 28 p. 100 des cas et plus souvent à la campagne qu'à la ville.

4° *L'ÉTAT PHYSIQUE.* — Résultant de ces lourdes charges héréditaires et de ces mauvaises conditions de vie, l'état physique est très médiocre.

40 p. 100 de ces mineurs sont chétifs, porteurs de stigmates dégénératifs, insuffisants fonctionnels ; chez 20 p. 100 d'entre eux, on relève des troubles nerveux de l'enfance, des convulsions, une énurésie tardive. Les épileptiques vrais sont rares (deux cas). Nombreux sont ceux qui, avec un bon aspect, présentent de multiples petits stigmates dégénératifs qui prennent surtout leur valeur par leur réunion.

Tailles : Elles sont un peu au-dessous de la moyenne :

Ages	12	14	15	16	17 ans
Tailles moyennes au					
Centre	1 m. 38	1 m. 47	1 m. 56	1 m. 58	1 m. 61
Tailles moyennes					
d'après Nobécourt	1 m. 39	1 m. 51	1 m. 57	1 m. 62	1 m. 63

Certains mineurs ont une taille très au-dessous de la moyenne.

Ils présentent en même temps des antécédents pathologiques importants ; il s'agit surtout d'alcoolisme chez l'un des ascendants et souvent chez les deux :

Lamb., 14 ans, 1 m. 38 : alcoolisme des parents.

Fil., 14 ans, 1 m. 40 (33 k.) : alcoolisme maternel ; grand-père syphilitique.

Jo., 15 ans, 1 m. 35 : alcoolisme des parents ; débile mental.

Mo. H., 15 ans, 1 m. 45 : alcoolisme paternel.

Ge., 16 ans, 1 m. 45 : alcoolisme des parents.

5° *Le PSYCHISME.* — Il présente le plus souvent des traits de déséquilibre :

A) *Caractère.* — L'hyperémotivité à un degré accentué est rencontrée dans 20 p. 100 des cas. *L'impulsivité, l'instabilité* sont fréquentes. Parmi ces caractériels, *les amoraux pervers consti-*

tutionnels, rencontrés huit fois sur cent huit, présentent quelques particularités notables :

Antécédents des amoraux. — Ils sont marqués par une fréquence relativement faible de l'alcoolisme des ascendants (12 p. 100) et au contraire plus élevée de la tuberculose ; elle a été rencontrée chez les parents et les collatéraux de 50 p. 100 de ces mineurs.

Milieu familial des amoraux. — Il n'est pas plus néfaste que celui des autres sujets. Ces amoraux viennent de la ville dans 75 p. 100 des cas.

Niveau intellectuel des amoraux. — Il est au-dessus du niveau moyen des autres mineurs du Centre, 23 p. 100 des amoraux sont titulaires du certificat d'études primaires ; la moyenne n'est que de 21 p. 100 parmi l'ensemble des mineurs du Centre. Ces amoraux sont pour la plupart des citadins. Le certificat d'études est certes plus fréquent chez les citadins que chez les ruraux, cependant parmi les citadins du Centre, 28 p. 100 le possèdent, tandis que 50 p. 100 des amoraux en sont titulaires.

Récidives. — On la relève dans 10 p. 100 des cas de délinquance observés au Centre. Le nombre de cas de récidive chez les amoraux s'élève à 50 p. 100.

Quelques particularités comparées des amoraux pervers constitutionnels :

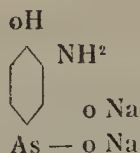
	<i>Amoraux perv. const.</i>	<i>Ensemble des mineurs</i>
Antécédents alcooliques	12 %	46 %
Antécédents tuberculeux	50 %	27 %
Certificat d'études	37 %	21 %
Récidive	50 %	10 %

B) *Intelligence.* — Nous venons de voir que la scolarité était dans l'ensemble nettement insuffisante. Le niveau intellectuel est un peu au-dessous de la moyenne. *La débilité mentale* se rencontre dans 15 p. 100 des cas. Certains parmi ces mineurs débiles sont impulsifs et trois d'entre eux, aliénés dangereux, ont dû être internés.

Placement des mineurs

Le Centre est bien une « plaque tournante » d'où les mineurs sont orientés dans des directions très diverses. Les cent huit mineurs de cette première année ont été ainsi placés :

10 envoyés en maison d'éducation surveillée ;



Il a été expérimenté sous cette forme dans quelques cas de syphilis nerveuse observés à la section hommes de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne. On a cherché en particulier son action sur l'évolution de la paralysie générale et comparé son efficacité, ainsi que les avantages pratiques de son utilisation, avec ceux des thérapeutiques actuellement en faveur.

Technique et posologie : L'injection lente, strictement intraveineuse est pratiquée, le malade étant à jeun, 3 ou 4 heures avant et après. La dose maximum est d'environ 0,004 mmg. par kg. de poids, qui est répétée tous les deux jours jusqu'à une dose totale de 3 gr. à 3 gr., 20 par série.

Dans la plupart des cas il a été appliqué l'échelle suivante :

16 injections intraveineuses par série, totalisant 3 gr., 23, réparties de la sorte : de 0,06 cgr. à 0,20 cgr., en progressant de 0,02 cgr. chaque jour, et en espaçant d'un jour les injections pour les doses allant de 0,20 cgr. à 0,26 cgr. (dose maxima). La série suivante est reprise trois semaines plus tard.

Chez les malades âgés, ou présentant une atteinte générale grave (signes de déficit hépato-rénal), les injections ont été faites chaque jour sans excéder la dose quotidienne de 0,12 cgr., jusqu'au total de 3 gr. par série.

Incidents. — Des manifestations légères d'intolérance ont été assez souvent observées, soit immédiatement après l'injection, soit dans les heures qui suivent : malaise général avec anxiété, bouffées congestives, sialorrhée, sensations gustatives désagréables, troubles nauséux avec vomissements alimentaires, ceux-ci pouvant se produire à l'occasion de l'inobservance du jeûne avant et après l'injection. Des réactions fébriles sont parfois observées dans les heures qui suivent l'injection, commandant l'interruption pendant 24 heures. L'intolérance de certains malades s'est manifestée par la reproduction de ces accès après chaque injection, empêchant la poursuite du traitement, qui a pu d'ailleurs, chez l'un d'eux, être repris, par la suite, sans inconvénient analogue.

Chez deux malades, présentant des formes à symptomatologie confuso-onirique, la première série d'injections s'est accompa-

gnée d'une reprise de l'agitation onirique, avec élévation thermique et atteinte grave de l'état général. L'évolution ultérieure, après reprise du traitement, s'est montrée favorable.

Ces faits mis à part, aucun accident grave n'a été observé au cours des traitements.

Indication particulière. — Le traitement a été institué chez quatre malades dont l'état oculaire contre-indiquait l'emploi du stovarsol. Aucune aggravation de l'état du nerf optique n'a été observée. La possibilité de substituer au stovarsol un traitement d'efficacité analogue paraît donc d'une très grande importance. Dans l'ensemble des malades traités, il n'a jamais été observé de troubles névritiques.

Résultats. — Les résultats que nous présentons ont trait à un groupe de 21 paralytiques généraux, dont le choix inclut des formes cliniques très différentes, se présentant à des stades évolutifs quelconques.

Sur 21 malades traités, 12 avaient été préalablement impaludés, les 9 autres, dont l'état organique contre-indiquait l'impaludation, ont reçu d'emblée le 4.000 M. Parmi les 12 malades impaludés, 2 avaient été également traités par le stovarsol, sans résultat.

Les modalités d'application des traitements ont été les suivantes :

Malades traités par malariathérapie et 4.000 M. : 10. Amélioration : 4. Etat stationnaire : 5. Aggravation : 1.

Malades traités par 4.000 M. seul (chez lesquels l'état général contre-indiquait la malariathérapie) : 9. Amélioration : 4. Etat stationnaire : 3. Décès : 2.

Malades traités par 4.000 M., après échec de la malariathérapie et du stovarsol : 2. Etat stationnaire : 2.

Au total, les observations se classent ainsi :

8 malades ont présenté des améliorations qui comportent toutes une reprise rapide de l'état général et qui, au point de vue mental, peuvent être répartis de la sorte : 3 très bonnes rémissions, 3 bonnes rémissions, 2 rémissions faibles.

Ces résultats ont été observés après une ou deux séries de 4.000 M. Un seul malade a reçu quatre séries (rémission faible).

10 cas sont restés stationnaires. Dans cette rubrique sont rangés les malades n'ayant pas subi d'amélioration de l'état mental, soit que les manifestations psychosiques aient persisté, soit que leur rétrocession ait fait place à un état démentiel simple ; chez deux de ces malades, l'état général s'est considérablement amélioré.

1 malade a présenté une aggravation progressive. Paralyse géné-

rale à forme dépressive, avec refus d'aliments et déclin rapide de l'état général ayant commandé l'interruption de la malariathérapie. Sortie, en état grave, requise par la famille.

2 malades sont décédés de complications intercurrentes d'origines diverses. Le premier : néoplasie faciale, cachexie rapide. Le second : occlusion intestinale.

On obtient ainsi le pourcentage ci-après : très bonnes rémissions : 14 0/0 ; bonnes rémissions : 14 0/0 ; faibles rémissions : 10 0/0 ; état stationnaire : 48 0/0 ; aggravation et décès : 14 0/0.

L'ensemble des « améliorations » se monte donc à 38 0/0. Les anomalies du liquide céphalo-rachidien n'ont pas, dans l'ensemble, subi de modifications importantes. Le Bordet-Wassermann est resté positif après la seconde série, le benjoin a été trouvé légèrement atténué. Le taux de l'albumine a notablement diminué, restant cependant toujours légèrement au-dessus de la normale. Le plus souvent, la réduction de la leucocytose s'est faite à un taux normal.

Peu de modification concernant les signes neurologiques, les troubles de l'articulation verbale, en particulier. Cependant, chez un malade ataxique, qu'une incoordination motrice généralisée empêchait de s'alimenter seul, il a été observé, dès la fin de la première série, une rétrocession des troubles qui a permis la reprise d'une activité motrice normale. A noter, de plus, le cas d'un tabétique atteint d'une ataxie très sévère associée à un syndrome douloureux très important, dont le traitement antérieur avait été irrégulier, et chez lequel on a assisté, à la fin d'une première série de 4.000 M., à une disparition complète des troubles algiques, une atténuation sensible des troubles de la sensibilité profonde et une amélioration de la coordination permettant la station debout et la marche avec appui.

On ne saurait, *en conclusion*, proposer ces résultats qu'à titre d'indication préliminaire. Il faut, en effet, tenir compte, dans leur interprétation, du nombre encore trop réduit de malades traités et de l'absence de perspective sur leur évolution ultérieure. Les rémissions observées n'ont pu en effet subir l'épreuve du temps, d'autre part, la poursuite du traitement est également susceptible d'intervenir dans les cas où l'évolution s'est jusqu'alors montrée moins favorable.

Bien qu'il ne paraisse donc pas possible actuellement de poser des comparaisons définitives avec les résultats obtenus par la malariathérapie et le stovarsol, l'on peut toutefois les rapprocher des chiffres d'une statistique de résultats thérapeutiques antérieurement publiée (1).

(1) René BESSIÈRE et F. BRISSON. — La valeur et les résultats de la malariathérapie. *Presse Médicale*, 12-15 novembre 1941.

La réunion des « très bonnes rémissions » et des « bonnes rémissions » donnait les pourcentages suivants :

Stovarsol seul : 19 p. 100 ; malariathérapie et stovarsol : 18,5 p. 100.

Soit un résultat identique.

Ces chiffres paraissent peu différents des résultats obtenus par le 4000 M, si l'on tient compte des restrictions précédemment mentionnées. Les « très bonnes rémissions » avaient paru plus nombreuses avec la malariathérapie associée au stovarsol (9 p. 100), qu'avec le stovarsol seul (5 p. 100). L'emploi du 4000 M seul, ou son association avec la malariathérapie, a donné dans notre statistique des résultats équivalents.

Il est cependant possible de dégager quelques impressions d'ensemble :

La proportion de l'ensemble des « améliorations » (38 p. 100) est sensiblement égale à celle obtenue par l'emploi du stovarsol associé à la malaria (37 p. 100) ou du stovarsol seul (34 p. 100). Toutefois, le chiffre des « très bonnes rémissions » (14 p. 100) pourrait être supérieur à celui que donnent les traitements classiques, si le temps et un plus grand nombre de cas traités confirmaient nos résultats actuels. Signalons enfin que l'amélioration obtenue par le 4000 M, survenant presque toujours dans les jours qui suivent la fin de la première série (c'est-à-dire au bout d'un mois), est plus précoce que celle que l'on observe avec le stovarsol-malaria ou le stovarsol seul.

Ces résultats, parmi lesquels nous retiendrons, dès maintenant, la substitution au stovarsol d'une thérapeutique active dans le cas de contre-indication oculaire, justifient l'intérêt d'une expérimentation plus poussée.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire de séances :

P. MENUAU.

Séance du Lundi 18 Décembre 1944

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 13 novembre 1944 et le procès-verbal de la séance du 27 novembre 1944 sont adoptés.

Décès de M. Raymond Rougean, membre titulaire honoraire

M. LHERMITTE, *président*. — Messieurs, j'ai à vous faire part du décès de notre collègue, le Dr Raymond Rougean, médecin honoraire des hôpitaux psychiatriques et membre honoraire de la Société médico-psychologique. M. R. Rougean appartenait à notre Société depuis 1931. Je prie son fils, notre collègue le Dr Marcel Rougean, membre correspondant national, d'agréer l'expression des regrets de la Société.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le Dr MENUAU, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

des lettres de MM. les Drs COULON et LETAILLEUR, remerciant la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le Dr André LE GRAND, de Lille, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire non résidant. Une commission composée de MM. COMBEMALE, J. DELAY, GUIRAUD, LHERMITTE et MONTASSUT, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; l'élection aura lieu à la séance du lundi 21 janvier 1945.

Rapport du Secrétaire général

M. DUBLINEAU, *Secrétaire général*. — Mes chers Collègues, Durant l'année 1944, alors que des difficultés de tous ordres semblaient devoir tarir son activité, la Société médico-psychologique aura tenu 16 séances, au lieu des 14 de l'année précédente ; 93 communications, auxquelles s'ajoutent celles de ce jour, ont été présentées. Votre activité s'est exercée dans les domaines les plus divers. La thérapentique par l'électrochoc, avec les questions cliniques et doctrinales qu'elle soulève, les syndromes d'atrophie cérébrale, les états psychochirurgicaux, enfin les problèmes typocarcérologiques ont été spécialement étudiés. Les œdèmes de carence ont, une fois de plus, retenu votre attention. Enfin, la Société s'est préoccupée des problèmes d'assistance. Une séance a été consacrée à ces derniers. Les questions de l'assistante d'hygiène mentale, de la cure à domicile, de l'assistance éducative et de la post-cure ont été discutées. Une Commission a été désignée pour soumettre des conclusions sur le problème de l'assistante d'hygiène mentale.

Mais la sérénité qui préside, par tradition, aux travaux de notre Société, se devait de faire place, à l'occasion des événements que vous savez, à des manifestations plus expressives. La séance de rentrée offrait à notre Président, en présence des confrères psychiatres des armées alliées et d'une assemblée particulièrement nombreuse, l'occasion de tracer à grands traits l'activité de la Société durant les années d'occupation. Nombre de nos collègues ont souffert, certains souffrent encore dans leur personne. Nous saluons d'autre part ceux des nôtres qui, sous des formes diverses, ont mené et continuent à mener le bon combat.

Enfin, la Société n'a pas voulu rester indifférente à certains problèmes actuels engageant plus directement notre spécialité. Déjà, en octobre, la belle conférence de notre collègue britannique, le Brigadier Général REES, à l'organisation de laquelle votre bureau eut le plaisir de participer, avait préparé la voie. Orientation et sélection psycho-technique dans l'armée, reclassement et réadaptation des millions de rapatriés de demain, ont fait l'objet d'un vœu qui a été transmis aux Pouvoirs publics.

Au total, les comptes rendus de nos séances reflètent la notion — chaque jour plus évidente — d'un rôle social croissant de la psychiatrie dans la cité de demain.

Cette orientation résolue vers l'avenir n'a pas empêché la Société de rendre à ses disparus l'hommage qu'elle leur devait : dans le cours de cette année, nous avons eu à déplorer le décès de MM. Achille SANTENOISE et Maurice OLIVIER, membres titulaires, et de M. Emile ADAM, membre correspondant national. La mémoire d'Antoine RITTI a été honorée à l'occasion du centenaire de sa naissance. A ce sujet,

peut-être, jugerez-vous qu'il serait bon d'évoquer ainsi devant vous non seulement les figures saillantes du passé, mais encore les points de psychiatrie historique susceptibles d'être retenus. Le Conseil d'Administration, sur l'initiative du Trésorier-Archiviste, vous propose de consacrer à cette évocation, soit une séance ou partie de séance ordinaire, soit, au besoin, une séance supplémentaire.

M. Antoine Ritti avait fondé un prix, dont on vous soumettra tout à l'heure le règlement. Le décès récent de Mme Ritti, usufruitière des valeurs léguées à la Société, met celle-ci en possession des revenus destinés à la fondation du *prix Ritti*. Vous aurez donc à vous prononcer sur le projet de règlement de ce prix.

Dans l'ordre des prix existants, la Société devait attribuer, en 1944, le *prix Moreau de Tours* et le *legs Christian*. Aucune candidature ne s'est manifestée.

Notre activité aurait eu une diffusion plus réduite si M. René CHARPENTIER, Rédacteur en Chef des *Annales médico-psychologiques*, n'avait réussi ce tour de force d'assurer, contre toute attente, la parution non seulement régulière, mais mensuellement régulière de la Revue. La place réservée à notre *Bulletin* a été augmentée. Augmentés également le nombre des séances, le nombre de pages accordées, enfin, dans la limite du temps réglementaire des séances, le nombre des communications.

Le Rédacteur en Chef des *Annales* espérait pouvoir assister à notre Assemblée Générale. Sans doute aurions-nous mieux encore apprécié son effort par sa relation directe des difficultés éprouvées. En dépit de ces dernières, une nouvelle amélioration vous est proposée, qui porterait à cinq, à partir de janvier prochain, le nombre des pages accordées par communications.

C'est à nous de reconnaître ces efforts en nous tenant strictement dans les limites de pagination imposées. A ce point de vue, d'accord avec le Rédacteur en Chef des *Annales*, le Bureau vous propose de revenir à la tradition d'avant-guerre ; dans ce cas, les dépassements seraient purement et simplement facturés à leurs auteurs au prix d'une page entière ou d'une demi-page, selon l'importance du dépassement.

Vous n'ignorez pas, d'autre part, les charges croissantes imposées à la Société. Ces dernières rendent inévitable un relèvement de la cotisation. Nous vous proposons, pour cette dernière, le taux de 350 fr. pour les membres titulaires, et de 300 fr. pour les membres correspondants nationaux.

Cet exposé serait incomplet s'il ne rappelait que la Société a accueilli, cette année, cinq membres correspondants nationaux. Un membre titulaire, M. Frantz ADAM, a été élu ; seront élus aujourd'hui un membre titulaire honoraire, un membre titulaire, un membre associé étranger.

Mais vous aurez eu, auparavant, à renouveler votre Bureau. Seul, M. le Doyen BAUDOUIN, élu vice-président pour 1944, devient de droit *prési-*

dent. Sont à élire pour 1945 un secrétaire général, deux secrétaires des séances, un trésorier-archiviste.

Les propositions contenues dans le rapport du secrétaire général sont adoptées à l'unanimité.

Règlement du « Prix Antoine Ritti »

L'Assemblée générale vote à l'unanimité les dispositions suivantes, concernant le règlement du « Prix Antoine-Ritti ».

Article I. — Les revenus du legs Ritti seront réservés, chaque année, pour être employés, au bout de trois ans, à la constitution d'un prix dit prix Antoine-Ritti.

La Société médico-psychologique attribuera, tous les trois ans, le prix Antoine-Ritti au meilleur travail qui lui aura été proposé sur un sujet de thérapeutique ou sur un sujet de clinique des maladies mentales. Ce prix sera attribué, pour la première fois, en 1948, à l'un des mémoires qui auront été proposés avant le 31 décembre 1947, s'il en est jugé digne.

Le montant du prix pourra varier suivant l'importance des revenus perçus par la Société. Le Conseil d'administration déterminera, en temps opportun, la somme attribuée.

Article II. — Les mémoires présentés par les candidats au prix Antoine-Ritti, seront examinés par une commission de trois membres désignés par l'Assemblée générale. Ces mémoires devront être déposés, avant la date du 31 décembre, entre les mains du Secrétaire général de la Société, pour participer au concours de l'année suivante. Les conclusions de la commission chargée de leur examen seront exposées par le rapporteur dans une séance de la Société. Celle-ci décidera de l'attribution du prix.

Article III. — Si la commission conclut qu'aucun des travaux soumis à son examen n'est digne de recevoir le prix, elle pourra proposer à la Société d'attribuer, à un ou plusieurs candidats, une récompense prélevée sur la somme qui constituera le prix.

Article IV. — L'attribution du prix Antoine-Ritti à un travail répondant aux conditions établies, conférera à l'auteur de celui-ci le titre de « lauréat de la Société médico-psychologique ». L'attribution d'une récompense ne conférera pas ce titre.

Article V. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné, et où l'attribution de récompenses n'en aurait pas épuisé le montant, le reliquat sera employé, soit à augmenter le montant du prochain prix, soit à attribuer une récompense supplémentaire en même temps que celui-ci.

Rapport de la Commission des finances

M. BARBÉ, en l'absence de M. PACTET et de Mme THUILLIER-LANDRY, donne lecture de ce rapport au nom de la *Commission des finances* :

Exercice 1944

Avoir de la Société au 13 décembre 1943	15.550 84
Recettes de l'année 1944	70.365 70
Total	85.916 54
Dépenses de l'année 1944	69.911 80
Reste	16.004 74

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société	4.691 44
----------------------------------	----------

En dépôt au titre des prix :

Prix Aubanel	7.891 60	} 11.313 30
Prix Belhomme	1.880 »	
Prix Moreau (de Tours)	330 »	
Prix Christian	1.211 70	
Total	16.004 74	

Après avis de la Commission des finances, la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents, approuve les comptes de 1944, et vote des félicitations au D^r Georges COLLET, *trésorier-archiviste*.

Elections du Bureau de la Société pour l'année 1945

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 35 du Règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls, les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote aux diverses élections.

Président

M. le Doyen BAUDOUIN, vice-président, devient de droit *président* de la Société pour l'année 1945.

Election du vice-président

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. G. DEMAY	25 voix.
-------------------	----------

M. le D^r Georges DEMAY est élu *vice-président* de la Société pour 1945. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera de droit président en 1946.

Election du secrétaire général

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. J. DUBLINEAU	24 voix.
J. VIÉ	1 —

M. le D^r J. DUBLINEAU est réélu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique pour l'année 1945.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. G. COLLET	24 voix.
Bulletin blanc	1 —

M. le D^r Georges COLLET est réélu *trésorier-archiviste* de la Société médico-psychologique pour l'année 1945.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

MM. MENUAU	25 voix.
CARRETTE	24 —
VIÉ	1 —

MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Pierre MENUAU sont réélus *secrétaires des séances* de la Société médico-psychologique pour 1945.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour 1945

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1945 :

Président : M. le Doyen BAUDOUIN.

Vice-Président : M. le D^r G. DEMAY.

Secrétaire général : M. le D^r J. DUBLINEAU.

Trésorier-archiviste : M. le D^r G. COLLET.

Secrétaires des séances : MM. les D^{rs} Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1945, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. H. BEAUDOUIN et LHERMITTE, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration*.

Commission des Finances

La Commission des Finances de la Société est composée de M. le D^r PACTET et de Mme le D^r THUILLIER-LANDRY.

Election d'un membre titulaire honoraire

M. le D^r Grégoire HALBERSTADT a demandé à être nommé membre titulaire honoraire. Ayant été élu membre titulaire de la Société le 27 novembre 1919, il remplit les conditions prévues à l'article 3 des Statuts.

M. le D^r HALBERSTADT est nommé, à l'unanimité, *membre titulaire honoraire* de la Société médico-psychologique à la date du 1^{er} janvier 1945.

Election d'un membre titulaire non résidant

Après lecture d'un rapport de M. Jean DELAY, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, H. CLAUDE, J. LHERMITTE, H. ROGER et Jean DELAY, rapporteur, il est procédé au vote.

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le Professeur RISER 22 voix.

M. le Professeur RISER, de Toulouse, est élu *membre titulaire* non résidant de la Société médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. MENUAU, au nom d'une commission composée de MM. LHERMITTE, MARCHAND et MENUAU, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. J. DE AJURIAGUERRA 23 voix.

M. le D^r J. DE AJURIAGUERRA est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. LHERMITTE, président

COMMUNICATIONS

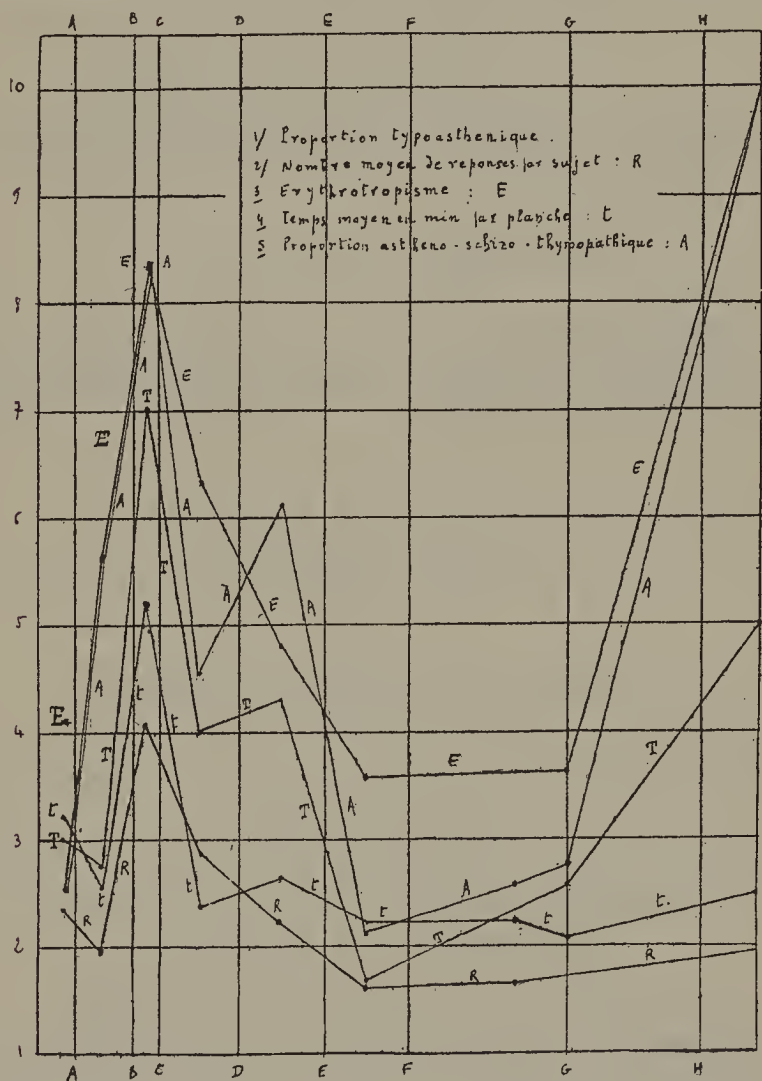
De quelques liaisons psycho-cliniques dans le test de Rorschach, par M. J. DUBLINEAU.

Si l'on considère les réponses au test de Rorschach comme un exemple de réactions provoquées, il est logique d'étendre au maximum l'étude objective de ces réactions. L'étude du langage, le chromatropisme comparé pour les planches colorées et une bande spectrale soumise au sujet interviennent utilement dans cette recherche. Nous y ajouterons l'étude du temps.

Si l'on classe les 100 sujets précédemment étudiés (1) en

(1) v. « *Chromatropisme et tendances caractérielles* ». Société méd.-psychol. ; Séance du 13 novembre 1944.

fonction de leur chromotropisme, en suivant le découpage conventionnel, mais commode, offert par les raies classiques



d'absorption du spectre, on trouve que le temps moyen d'examen par planche se répartit comme suit :

En deçà de A	: 3'22"8/10 ;	Zone DE	: 2'40"8/13 ;
Zone AB	: 2'54"3/8 ;	Zone EF	: 2'25"5/10 ;
Zone BC	: 5'23"1/5 ;	Zone FH	: 2'07"5/10 ;
Zone CD	: 2'38"8/11 ;	Au delà de H	: 2'50"5/10.

Le temps consacré à chaque planche est donc maximum pour les sujets dont le chromatopisme se situe entre les raies A et E du spectre, c'est-à-dire, grossièrement, dans les zones orangée et jaune, avec un acmé dans l'orangé (entre B et C). Le temps par planche est minimum entre E et H, avec un minimum absolu en FH (indigo et bleu).

Cette courbe est superposable à celle du nombre de réponses par sujet, courbe qui s'écrit comme suit (1) :

En deçà de A : 23,5 (réponses en moyenne par sujet ;	Zone DE	: 22,5	—
Zone AB	: 19,5	—	Zone EF : 16,2 —
Zone BC	: 41	—	Zone FH : 16,8 —
Zone CD	: 28,9	—	Au delà de H : 19,6 —

Les deux courbes épousent sensiblement à leur tour :

1° la courbe de répartition des érythrotropes ;

2° la courbe de répartition de la proportion typoasthénique, calculée d'après les indices typologiques (2).

La similitude de ces quatre courbes amène à rechercher comment il faudrait grouper les cas cliniques pour obtenir une courbe psychopathologique qui leur soit superposable.

Les courbes les plus voisines à ce point de vue sont les courbes de répartition des schizophrènes et celle des états thymopathiques. Toutefois, l'une et l'autre offrent des discordances importantes. Par contre, en totalisant les thymopathes et les schizophrènes, on obtient une courbe plus satisfaisante. La courbe devient presque parfaite si l'on ajoute les cas d'asthénie figurant dans l'échantillonnage. C'est ce que montre le tableau ci-dessous :

Ainsi, le parallélisme de l'érythrotropisme est le plus net avec l'ensemble des états schizoïdo-schizophréniques, asthénopsychasthéniques et thymopathiques, conjointement considérés. Cette répartition révèle la solidarité de structure entre états thymopathiques et asthénoschizophréniques. C'est un fait que nous avons souligné à diverses reprises et auquel s'attache une

(1) A titre documentaire, le nombre des réponses se répartit comme suit, selon les groupes psychopathologiques : Troubles du caractère à type d'impulsivité : 15,7 réponses en moyenne par sujet. Déséquilibre psychique à type d'instabilité et de délinquance mineure : 15,2. Etats thymopathiques : 26,9. Asthénie : 16,2. Etats schizoïdo-schizophréniques simples : 28,7. Troubles du caractère mixtes : 11,6. Schizonoïa : 31,4. Paranoïa : 14,5.

(2) v. « Le test de Rorschach et le problème typologique », Soc. méd.-psychol. ; Séance du 27 nov. 1944.

RAIES DU SPECTRE	PROPORTION DES ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES (0,0)				
	I	II	III	I+II	I+II+III
En deçà de A.....	0	25	0	25	25
Zone AB.....	37,55	18,7	0	56,2	56,2
— BC.....	33,3	33,3	16,6	66,6	83,2
— CD.....	18,18	27,2	0	45,4	45,4
— DE.....	15,35	30,7	15,3	46,1	61,4
EF.....	14,28	7,14	0	21,4	21,4
FG et GH.....	15,15	9,09	3,33	24,2	27,53
Au delà de H.....	66,6	0	33,3	66,6	99,9

I : états thymopathiques ; II : états schizoïdes et schizophréniques ;
IV : états asthéniques et psychasthéniques.

signification biologique intéressante, puisqu'il s'agit là d'un ensemble de faits s'apparentant, sous des formes et des degrés divers, aux états de labilité et d'anergie.

Mais le résultat précité, obtenu par l'étude du chromotropisme, n'est pas le seul intérêt de la recherche en cause ; cette dernière revêt une signification méthodologique et doctrinale : elle montre qu'en portant le problème caractéro-structural sur le terrain sensoriel, c'est-à-dire, en définitive, expérimental, on peut espérer progresser dans l'étude structurale des syndromes psychopathologiques.

Le terrain convulsif, par M. J. DUBLINEAU.

Quelque opinion que l'on ait sur la pathogénie des crises nerveuses, on admet volontiers que l'apparition de ces dernières peut être favorisée par un terrain spécial. Mais ce postulat est considéré comme une explication purement verbale, sur laquelle on n'insiste pas. A tout le moins, si l'on parle de terrain, entend-on séparer nettement le terrain hystérique et le terrain épileptique. Aussi, est-on assez mal préparé dans l'ensemble à comprendre certains auteurs étrangers qui, à partir d'autres données, ont tenté de rapprocher les deux ordres de faits.

Une étude préliminaire nous avait montré (1) que, dans le passé de bien des porteurs de crises, on retrouvait des faits communs et qu'ainsi, ces faits perdaient leur signification particulière au profit d'un sens plus général :

a) Dans l'ordre *psycho-moteur*, convulsions, énurésie tardive, somnambulisme, terreurs nocturnes, tout en révélant une certaine prédominance pour tel ou tel type de crises, sont en fait des accidents d'ordre très général. Il semble plus prudent de les rapporter à un terrain plutôt qu'à un type de crises. Cette notion n'empêche pas de rechercher, pour chacun de ces symptômes, les signes qui pourraient permettre de les rapporter plus spécialement à l'hystérie ou à l'épilepsie. Elle incite même à une pareille recherche, trop souvent négligée (sans doute, parce que la sémiologie reste sur ces points très imparfaite).

b) Dans le domaine *psycho-sensoriel*, les troubles peuvent prendre une forme très générale. L'anesthésie, par exemple, si elle présente des caractères spéciaux à chaque état, peut être en soi commune à tous deux (perte de sensibilité des épileptiques après les crises, par exemple). Mais surtout, il existe, chez l'épileptique comme chez l'hystérique, une altération fréquente de la « façon de sentir ». Ces sujets « ne sentent pas comme les autres ». Peut-être, leur sensorialité est-elle également spéciale. Ces dysesthésies permettent de comprendre certains comportements communs.

c) Au point de vue *caractérologique*, la recherche systématique de faits de ce genre, non seulement chez le porteur de crises, mais encore dans sa famille (ascendants, descendants, collatéraux), permet souvent de retrouver une ambiance familiale particulière. Elle oriente, à la lumière de ce que nous voyons chez les psychopathes porteurs de crises, de comprendre le sens de traits de caractère qui débordent le porteur de crises.

Semblent surtout à retenir l'irritabilité, la dissimulation, le mysticisme, l'hypocondrie.

L'irritabilité prend chez les uns comme chez les autres, sous des modalités diverses, une forme paroxystique inattendue et explosive. Ce, dès les premiers mois de la vie.

La dissimulation, avec tendance à la tromperie et à la mythomanie, s'observe chez l'hystérique comme chez l'épileptique. Le mensonge n'est qu'une forme, semble-t-il, de toute cette série d'états qui donnent au sujet un air de fausseté ; à cet air, par-

(1) *Recherches sur 55 cas de crises nerveuses observés en milieu militaire*, Ann. méd.-psychol., 1941 (II), p. 399.

ticipent des facteurs à la fois constitutionnels et affectifs (besoin de caeher son état, vague sentiment d'infériorité lié à la conscience des anomalies sensitivo-motrices). Aussi bien les attitudes mythomaniaques peuvent-elles être parfois rapportées à des mécanismes de compensation, qui n'excluent pas une explication structurale.

C'est également à ces dysesthésies que l'on peut rattacher la tendance au mysticisme, et, en tout cas, cette sorte d'exaltation superstitieuse et formaliste que l'on observe chez les uns comme chez les autres, au moins à certains moments de la vie.

Même observation en ce qui concerne les états hypocondriaques, qui sont monnaie courante chez ces sujets.

Enfin, dans un domaine plus proprement psychologique, la vanité, la tendance au théâtralisme et au cabotinage, le goût du décor, du spectacle, de la mise en scène semblent bien constituer des faits très généraux.

d) Dans l'ordre *psycho-pathologique*, la propension dromomaniaque intéresse tous les porteurs de crises. Le départ, la fugue s'observent chez les uns comme chez les autres, avec les mêmes caractères d'imprévisibilité, de soudaineté et les degrés de conscience les plus divers au cours même du raptus dromomaniaque.

Il n'est pas jusqu'à certains délires plus ou moins crépusculaires qui ne pourraient bénéficier d'un même rapprochement. Certains états confuso-oniriques, apparaissant et disparaissant brusquement, rappelant l'« epileptischer Dämmerzustand » de Kleist, s'observent sur des terrains spéciaux, dans lesquels la part de l'hystérie et de l'épilepsie est en réalité difficile à reconnaître.

Ces manifestations communes créent un terrain favorable à l'apparition des crises. Mais les crises ne sont pas forcément la règle. On peut même dire qu'elles sont rares par rapport au nombre de sujets chez lesquels se retrouve le seul terrain déerit plus haut.

Il est évident qu'un tel terrain, s'il constitue un tout en soi, se présente en fait sous les aspects les plus divers : il n'apparaît lui-même que comme un mode de coloration particulier de la structure biologique (cette dernière étant conditionnée elle-même par les facteurs de résistance fonctionnelle et de concentration). C'est le complexe, fait d'une structure de base et d'une « coloration convulsive », qui constitue le terrain *hystéroïde* ou *épi-*

leptoïde. On peut se demander par voie de conséquence si, au cas de crise, la forme des crises nerveuses n'est pas elle-même fonction du terrain. C'est dans ce sens que nous avons conclu naguère et que nous serions enclin à conclure encore aujourd'hui. Ainsi, pourrait-on tenter d'expliquer le nombre considérable de crises à caractères atypiques et peut-être aussi les variations d'aspect des crises au cours d'une même existence.

Il en est du facteur convulsif comme de ce que nous avons appelé, faute de mieux, le facteur « névrotique » (1). Dans ce dernier, une structure de base donne aux éléments d'un syndrome névrotique commun une allure particulière qui aboutit à ces complexes cliniques que sont la schizoïdie, la paranoïa, les états schizonoïaques. Nous en dirons autant du facteur pervers ou thymique, qui donne au sujet sa note anti-sociale ou cyclothymique.

Dans quelle mesure le type morphologique entre-t-il en corrélation avec le type de crises nerveuses ? Dans la mesure, certes, où interviennent les facteurs structuraux de base, d'où la plus grande probabilité du type athlétique en faveur de l'épilepsie. Mais, ce point admis, le problème n'est pas résolu, car la structure basale est l'expression d'un complexe affectivo-moteur, d'une « proportion affectivo-motrice », où la participation morphoasthénique semble d'autant plus marquée que sont moins marquées les composantes motrices dans le comportement du sujet.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Je suis un peu surpris de la façon dont M. Dublneau envisage ce qu'il appelle « le terrain convulsif ». Il rassemble tous les états convulsifs et il s'efforce d'établir qu'il existe un terrain qui leur est commun. C'est une façon d'envisager les crises convulsives d'une façon contraire au but que poursuivent la clinique et surtout la thérapeutique. Prenons d'abord le terrain épileptique, qui, à mon avis, est un terrain organique. Pour le mettre en évidence, nous avons recouru à la recherche des tares héréditaires, en particulier syphilitiques et alcooliques, aux accidents traumatiques causés par les accouchements, aux antécédents personnels. C'est ainsi que nous devons tenir compte des convulsions infantiles présentant certains caractères sur lesquels j'ai insisté, et qui indiquent que le cerveau est déjà lésé ; nous prenons ensuite en considération les troubles concer-

(1) La « proportion névrotique » et la « schizothymie » de Kretschmer. *Ann. méd.-psychol.*, 1944 (1), p. 472.

nant le développement du sujet : retard de la marche, de la parole, énurésie tardive, retard scolaire, troubles du caractère, etc... ; nous apprécions enfin les caractères des crises et il est exceptionnel qu'en procédant ainsi, on n'arrive pas à établir le terrain spécial sur lequel se développent les accidents épileptiques qui ne consistent pas seulement en accidents convulsifs, mais aussi en manifestations psychiques, motrices, sensitives, sensorielles et sympathiques particulières. Bien différent est le terrain sur lequel se développent les accidents névropathiques, hystériques, pithiatiques, psychasthéniques ou émotifs. Le terrain est celui de l'hyperémotivité et on doit aussi toujours penser qu'une simulation parfois utilitaire entretient les accidents. Il existe des formes décrites comme intermédiaires entre les crises épileptiques et les crises névropathiques dont le diagnostic peut présenter des difficultés. Elles sont rares ; d'après des milliers de convulsifs que j'ai examinés, je ne crois pas qu'il y en ait plus de 1 pour 100. Quand on suit ces malades durant plusieurs mois, on arrive cependant à poser un diagnostic ferme et à faire rentrer le cas soit dans le groupe des épilepsies, soit dans le groupe des crises névropathiques. Cette distinction me paraît absolument indispensable, en raison du traitement qu'il faut instituer. Ma conclusion est que, au lieu de chercher à attribuer à tous les états convulsifs un même terrain, il y a au contraire un intérêt clinique et thérapeutique à dissocier les diverses manifestations convulsives qui sont loin d'avoir la même nature.

M. JEAN DELAY. — Je crois également qu'il est dangereux d'assembler les malades atteints de crises nerveuses dans un groupe commun de convulsivants. Il y a peut-être des hystéro-épileptiques. Toutefois, l'intérêt commande non de rassembler les cas, mais de les analyser au contraire et de les séparer.

M. BOINHOMME. — Contrairement à M. Marchand, qui a soutenu avec vivacité une thèse inverse de celle du présentateur, j'estime que le terrain convulsif signalé par M. Dublineau constitue une notion des plus intéressantes. Il faut avouer que, dans un grand nombre de cas, la crise nerveuse se présente à nos yeux sous des aspects très généraux, dans lesquels le départ entre l'hystérie et l'épilepsie est des plus difficiles. Le pithiatisme n'est pas toute l'hystérie et il y a intérêt à étudier les conditions de cette tendance particulière aux convulsions.

M. LHERMITTE. — C'est un fait que le terrain convulsif a été décrit, en particulier, par les auteurs allemands. L'expression en elle-même est peut-être discutable, mais on ne peut nier que certains blessés du crâne n'aient jamais de crises nerveuses, alors que d'autres, porteurs de crises, voient ces crises reparaitre, même après ablation chirurgicale de la zone épileptogène. Il faut donc bien admettre une disposition individuelle.

Nous nous trouvons, en fait, en présence de deux tendances : une tendance syncrétique, une tendance analytique. Mais ces deux conceptions ne s'opposent pas. Elles laissent toutes deux entière la notion de deux états effectivement très différents : l'hystérie et l'épilepsie. A tous ces points de vue, il est bien certain qu'il y a un intérêt majeur à analyser les cas cliniques pour différencier les deux états.

M. MARCHAND. — Nous retrouvons, dans les consultations externes, les malades auxquels vient de faire allusion M. Lhermitte. Quand on extirpe, d'un cortex cérébral, un foyer considéré comme épileptogène, le neuro-chirurgien crée une autre lésion qui deviendra, plus tard, un nouveau foyer cicatriciel épileptogène. Comme il est fréquent de voir les crises se suspendre après toute intervention chirurgicale, souvent pendant plusieurs mois, ces cas figurent dans les statistiques comme des cas de guérison. Il faut aussi tenir compte que si une zone cérébrale peut être considérée cliniquement comme le point de départ des crises, il est exceptionnel que la lésion soit localisée. Quand on examine histologiquement les cerveaux des sujets atteints d'épilepsie soi-disant essentielle avec aura indiquant un point de départ cortical épileptogène, on trouve toujours des lésions diffuses méningo-corticales s'étendant bien au-delà de la région incriminée.

M. DUBLINEAU. — Il ne peut être question de méconnaître l'intérêt de l'analyse clinique dans un problème de ce genre. Loin de la négliger, il nous semble, au contraire, qu'elle doit être poursuivie au-delà d'un point de vue strictement neurologique et individuel. L'intérêt doit dépasser, et c'est le point que nous voudrions retenir, le problème étroit de la crise, pour celui, autrement vaste, de *l'individu total intégré dans sa lignée*. Si une critique pouvait être formulée contre cette tendance, ce serait plutôt d'être trop ambitieuse. Il est malheureusement trop vrai que souvent on en soit réduit, pour reconnaître une crise, à l'analyse étroite des symptômes de la crise. On ne peut que le déplorer. Mais il nous paraît intéressant, dès que cela est possible, de dépasser le sujet, d'intégrer ses symptômes dans son type, et son type dans sa lignée. Dans ces conditions, que voit-on ? On voit que des faits se retrouvent sur le plan psychologique, qui semblent valables pour tous les types de crise. C'est donc qu'il doit y avoir quelque chose de commun à tous ces états. C'est bien dans ce sens précis que semblent avoir conclu les auteurs étrangers qui ont tenté de rapprocher l'hystérie et l'épilepsie.

Mais ce facteur commun une fois repéré, il est évident que l'analyse doit nous permettre d'y découvrir de nouveaux plans de clivage qui feront pencher en faveur, pour un sujet donné, soit de l'épilepsie, soit de l'hystérie. Ainsi, les quelques faits énoncés ci-dessus, loin de rejeter la nécessité de l'analyse, ne sont que l'invitation

à de nouvelles analyses. En d'autres termes, ils n'ont une valeur synchrétique que dans la mesure où leur compréhension déborde nos possibilités d'analyse. On peut en conclure, certes, qu'il ne reste alors qu'à se limiter. Nous l'admettons bien volontiers. Mais, dans ce cas, nous nous demandons sur quel point doit porter l'effort. Dans l'état actuel des choses, nous penserions volontiers qu'on risque moins de tendre vers l'impasse si le centre d'intérêt se déplace de la *crise en soi*, vers le *porteur de crise, considéré dans son ensemble*.

L'avortement et la stérilisation thérapeutique en psychiatrie, par MM. P. CHATAGNON, J. MABON et M^{lle} P. LAMOLE.

Il entre dans notre service annuellement en moyenne une à trois jeunes femmes enceintes. C'est un exemple de ces cas que nous vous rapportons aujourd'hui afin de recueillir votre opinion sur l'opportunité de l'avortement thérapeutique et de la stérilisation dans ce petit groupe de psychopathes avérés. L'intérêt d'une telle proposition dépasse le cadre de la discussion purement scientifique du problème de l'hérédité humaine, car il intéresse au plus haut point la santé d'une nation, son armature humaine, ses assises profondes, son économie générale, sa puissance enfin, et dans cette question de la santé d'un peuple le psychiatre peut certainement apporter sa pierre à l'édifice.

Mais examinons tout d'abord brièvement un cas concret :

OBSERVATION. — Mlle Anna D..., née en mars 1922, a été trouvée errante, hébétée, et sans papiers d'identité, dans la salle des pas perdus de la Gare St-Lazare. Hospitalisée à Henri-Rousselle, elle arrive à Maison-Blanche le 17 mai 1944, se présentant alors comme une schizophrène délirante avec des symptômes de dissociation psychique et un délire à thème de filiation de mécanisme essentiellement hyponoïque. Malgré le défaut d'attention, et l'instabilité psychique très marquée, nous apprenons que cette jeune femme a toujours eu un comportement capricieux, instable, avec mobilité de l'humeur et mouvements colériques, une propension naturelle à s'isoler du milieu où elle vit et à la fugue, et à désertir son travail pour lequel elle ne peut que difficilement soutenir son effort. De caractère doux et affectueux, elle reproche à son père et à sa mère de n'être que des parents adoptifs, elle est en réalité la fille de M. de Coladon, etc. Son besoin d'évasion lui fait critiquer le comportement et l'attitude de son père à son égard : elle se trouvait trop tenue à la maison, et on lui reprochait de ne pas gagner assez. Et elle fait grief à sa sœur « de lui

avoir fait du tort ». Elle manifeste des sentiments très religieux et le secret désir d'entrer dans les ordres.

Les acquisitions didactiques sont conservées. Elle apprenait avec facilité à l'école et a eu aisément son certificat d'études primaires, et se montra assez habile dans ses emplois en pâtisserie, dans un atelier de mécanique, dans la couture, puis comme fleuriste, métier qu'elle exerce avec une constance exceptionnelle durant trois ans. Les périodes d'activité utile étaient entrecoupées de pauses dont l'excuse était la sensation de fatigue, et durant lesquelles elle errait sans but, vendant ses tickets d'alimentation pour se procurer de l'argent et prenant un repas par jour au « Secours National ». Au total donc existence vagabonde et peu productive. C'est au cours d'une de ces périodes de fugue qu'elle rencontra, quelques jours avant d'entrer à l'Hôpital Henri-Rousselle, un « policier » qu'elle suivit dans une chambre d'hôtel et elle eut là ses premiers rapports sexuels.

Cette jeune femme, d'aspect physique chétif, de petite taille, 1 m. 52, pesant 42 kg., n'a jamais eu de maladie sérieuse en dehors des oreillons, de la rougeole et de la coqueluche dans l'enfance. L'examen somatique ne révèle que quelques symptômes dits de dégénérescence, aplatissement du massif osseux facial ; écartement bi-oculaire supérieur à la normale ; espacement dentaire ; les fonctions viscérales sont normales. Ses menstrues, assez irrégulières, n'ont plus réapparu depuis l'hospitalisation, et nous avons assisté au développement d'une grossesse normale, s'accompagnant les premiers temps d'une vaginite gonococcique rapidement guérie. Le Bordet-Wassermann du sang est négatif et les fonctions rénales sont normales.

Les antécédents héréditaires sont les suivants : la grand'mère maternelle a présenté des troubles mentaux n'ayant cependant pas nécessité l'hospitalisation. La mère, décédée à 39 ans, de tuberculose pulmonaire, a présenté des troubles mentaux extériorisés un an au moins avant l'état de gestation de sa fille Anna et ayant nécessité, en 1923, l'internement, après son troisième accouchement, motivé par M. de Clérambault de la façon suivante : « Psychose hallucinatoire vraisemblable, séquelle de puerpéralité. Insomnie, anxiété, voix injurieuses et menaçantes. Sensations de coups frappés. Odeurs. Faible systématisation dirigée contre les voisins, spécialement contre une certaine voisine. Agitation, menaces de mort. Diminution intellectuelle, réponses mal adaptées, paresse, instabilité niaise. Agitation. Début à 29 ans, après son troisième accouchement. Internée 3 ans après (1923). Inégalité pupillaire, remarquée alors, persistante aujourd'hui ($D > G$). Fausse-couche datant de quelques jours. »

Le père est vivant et bien portant, sans manifestations névro ou psychopathiques.

Conclusions. — Nous nous trouvons donc en présence d'un état de grossesse chez une schizophrène âgée de 22 ans et en plein état dissociatif et délirant, à hérédité vésanique de lignée maternelle inté-

ressant la mère et la grand'mère. Etat de gestation survenu à la suite d'un premier rapport sexuel avec un inconnu (que le père de la malade croit être un soldat allemand).

Les observations cliniques de nos grands classiques, les connaissances acquises depuis la fin du siècle dernier jusqu'à nos jours prouvent à l'évidence que les psychopathes donnent naissance à des enfants porteurs de tares similaires ou dissemblables, apparentes ou inapparentes, mais qui se démasquent dans cette dernière éventualité, tôt ou tard, d'une façon directe et au cours de la vie même du sujet ou bien d'une façon indirecte dans sa descendance.

Certes, toutes les psychopathies ou plutôt tous les syndromes morbides mentaux n'ont pas le même caractère de gravité en ce qui concerne la transmissibilité de potentialités évolutives psychopathologiques ; par suite, toute gestation chez une femme ayant présenté, ou présentant des troubles mentaux, doit être considérée d'une façon particulière, en partant du point de vue ci-dessus souligné. Et cela est d'autant plus vrai que les données de la génétique, bien qu'étendues, ne sont encore cependant que fragmentaires, et qu'il serait par suite téméraire et dangereux de codifier une ligne de conduite rigoureuse. Seule l'analyse méticuleuse de chaque cas pourrait nous conduire à une décision nette et tranchée, sauvegardant au mieux les intérêts de la mère et de la société.

Tout d'abord, répétons que nulle codification générale n'est encore possible, mais que chaque cas de grossesse chez une psychopathe avérée et internée dans un établissement, soumis à la loi de 1838, mérite d'être discuté au point de vue de l'interruption ou de la poursuite de la gestation, puis ensuite quant à la stérilisation de la procréatrice.

Les éléments de notre enquête scientifique s'appuieront : a) sur l'étude des phénomènes de l'hérédité ; b) sur l'étude de la nature des syndromes mentaux ; c) sur l'étude des conditions sociales de vie des procréateurs.

Dans l'exemple pris pour type, cette jeune femme, conçue dans un organisme maternel taré, a elle-même présenté tous les symptômes d'un syndrome mental complexe. Elle devait fatalement porter en elle des potentialités morbides, qui très tôt se sont manifestées dès l'enfance par des troubles de l'humeur (mobile et changeante), du caractère (instable), du psychisme (capricieux et bizarre), qui se sont confirmées quel-

ques années plus tard par le développement d'un autisme à grande activité imaginative, à thème délirant de filiation, entraînant une hostilité et peut-être même une haine familiale. L'état de subobnubilation psychique, de plasticité et de suggestibilité morbides où se trouvait durant son errance Mlle Anna, lorsqu'elle fut entraînée par un partenaire anonyme, accuse encore nos appréhensions sur la qualité de l'insémination. Et le moins que l'on puisse affirmer sera bien le caractère nécessairement adultéré du produit d'une telle gestation. Une question se pose à nous : Est-il de notre devoir de médecin de laisser venir au monde un être qui sera certainement porteur de potentialités morbides à caractère électif sur le système nerveux ? C'est parce que nous ne le pensons pas que nous proposons dans ce cas précis l'indication de l'avortement thérapeutique.

Et cela, d'autant plus que les conditions d'existence du pauvre bébé ne pourraient être assurées par la mère, irrémédiablement à charge pour toute son existence à la collectivité dans la formation hospitalière où elle sera recueillie, le grand-père ne pouvant et se refusant à prendre en charge un enfant.

Quelles seraient les conditions de la réalisation pratique de l'avortement et de la stérilisation thérapeutique au cours de l'évolution des syndromes mentaux ?

Fondés sur une étude médicale approfondie des phénomènes de l'hérédité pour chaque cas envisagé, l'avortement et la stérilisation thérapeutique des deux sexes ne se poseront pratiquement que pour les cas hospitalisés dans les formations sanitaires soumises à la loi de 1838, c'est-à-dire sur les cas nettement caractérisés et prouvés à l'évidence par une longue étude de l'évolution morbide des sujets.

L'indication en serait motivée après enquête médicale et scientifique méticuleuse, enquête sociale complète, par le médecin-chef de service de la ou du malade interné, qui provoquerait par voie judiciaire une expertise confiée à trois experts de neuropsychiatrie et au chirurgien ou à l'accoucheur des hôpitaux psychiatriques.

DISCUSSION

M. G. FERDIÈRE. — Les questions posées de l'avortement et de la stérilisation thérapeutiques en psychiatrie sont d'une telle importance qu'elles ne peuvent être tranchées que par une commission rassemblant toutes les données du problème, et ce ne sera pas facile... Les psychopathes qu'il faut surtout avoir en vue dans un tel cas sont ceux qui vivent en liberté.

Par ailleurs, en faisant avorter des aliénés au cours de l'épisode qui nécessite l'internement, on évitera peut-être la procréation d'autres aliénés, de dégénérés, de déséquilibrés, d'épileptiques, etc..., mais on empêchera la venue au monde d'individus normaux, de talents supérieurs et de génies ; faut-il rappeler la coexistence de l'aliénation mentale et du génie dans un grand nombre de familles ?

Enfin nous voudrions faire remarquer que la manœuvre avortive en elle-même est un gros traumatisme moral qui peut être responsable, à lui seul, de névroses et de psychoses. Les rapports des savants de l'U.R.S.S., qui ont amené leur gouvernement à renoncer à la pratique de l'avortement dans certaines conditions, sont fort instructifs sur ce point.

M. DAUMÉZON. — Ne serait-il pas possible de faire — avec toute la discrétion désirable — une enquête auprès de nos collègues sur l'avenir des enfants (somme toute assez nombreux) nés dans les hôpitaux psychiatriques ? Des renseignements seraient volontiers fournis par les inspecteurs de l'assistance auxquels ces enfants sont souvent confiés.

M. MARCHAND. — Je puis citer deux cas personnels de sujets de valeur nés à l'asile. Le premier concerne une psychopathe ayant accouché alors qu'elle était internée à Saint-Maurice. L'enfant, après de bonnes études, s'est élevé à une situation sociale en vue et a lui-même de beaux enfants.

Dans le second, il s'agissait d'une épileptique, dont le fils, après de brillantes études, a acquis lui aussi une belle situation, et offre toutes les apparences d'un homme bien équilibré.

M. ROUBINOVITCH. — Les solutions proposées aux problèmes de l'eugénisme me paraissent un peu sommaires. J'ai eu l'occasion d'observer une fillette de 8 ans, fille d'une mère aliénée. La fille présentait un délire par contagion qui avait motivé le placement. Revue trente ans plus tard, l'enfant était devenue une sténo-dactylo qui faisait une excellente carrière dans une place difficile.

M. BEAUDOUIN. — M. Chatagnon, dans son projet, part du malade interné. En réalité, il faut noter la rareté des parents internés dans les antécédents des enfants amenés aux dispensaires d'hygiène mentale. C'est donc en dehors de l'internement qu'il faut effectuer pratiquement les recherches sur l'hérédité psychopathique. En matière d'avortement thérapeutique, c'est pratiquement moins l'enfant qui a été considéré jusqu'ici, que le danger de la grossesse pour l'avenir de la mère.

M. GUIRAUD. — C'est là une question tellement considérable qu'il faut être très circonspect. En fait, nous retrouvons le problème de la stérilisation des psychopathes ou prédisposés. Dans ce domaine, les internés ne constituent qu'une petite partie des cas considérés.

M. LHERMITTE. — La question est d'ordre médical, social, moral. Dans l'ensemble, on peut dire que nous ne savons rien de l'enfant pour plus tard (sans parler des doutes qui peuvent planer sur la paternité réelle). Enfin, l'avortement est un événement grave au point de vue moral et psychologique. Nous ne saurons jamais si la femme, plus tard, ne regrettera pas son avortement.

M. Jean DELAY. — Nos deux collègues américains, présents à la séance, nous rappellent que, lors de la discussion de cette question aux Etats-Unis, on a présenté des exemples de descendants d'aliénés en parfaite santé à tous points de vue.

M. BONHOMME. — Le nombre des malades internés donnant naissance à des dégénérés est relativement faible. On voit plutôt, dans la descendance, des sujets bizarres ou excentriques. En tout cas, le problème est trop grave pour être résolu sans études préalables prolongées.

M. CHATAGNON. — Il faut étudier les faits sur des cas bien déterminés. C'est l'intérêt de l'asile de permettre une telle étude.

Un cas d'accoutumance au dolosal,
par MM. P. CHATAGNON, J. MABON et M^{lle} LAMOLE.

Il est classique et pertinent de dire que les cas d'accoutumance et d'intoxication chez les toxicomanes sont plus fonction du psychisme du sujet que de la nature chimique du composé ou de la drogue en cause. Mais s'il existe des drogues de choix (opiacés, cocaïne, etc.) pour les toxicomanes, ces derniers ont trouvé des produits secondaires, produits de substitution, constitués par des analgésiques et spasmolytiques de synthèse, et il est probable que l'introduction en thérapeutique de nouveaux et multiples composés synthétiques en augmentera le nombre. Ces éléments chimiques nouveaux possèdent toutes les propriétés de la morphine, mais n'en ont pas la formule. C'est un cas d'accoutumance au dolosal (1) analgésique de synthèse, dérivant de la pipéridine et répondant à la formule méthyl-1-phényl-4-pipéridine-carbonate d'éthyle, que nous vous rapportons et qui vient s'ajouter à celui signalé par MM. J. Delay, L. Vidart et R. Vignié le 17 avril 1944 à la Société de médecine légale de France.

(1) Bien étudié au point de vue pharmacologique par O. SCHAUIMANN. *Arch. exp. physiol. pathol.*, 1940, t. 196, p. 109-136.

OBSERVATION. — Nous recevions, en novembre 1943, Mme D..., 54 ans, sujet russe, docteur ès lettres avec une thèse sur l'Histoire de l'Art (vivant en France depuis 1924), en proie à un état d'agitation anxieuse et exposant, au milieu de pleurs et de lamentations, son état de besoin motivé par des algies abdominales, pelviennes, vésicales et rectales. Les manifestations hypocondriaques se sont développées sur un fond dépressif et de déséquilibre émotionnel. L'intelligence est vive et l'on ne note aucun fléchissement des fonctions intellectuelles. Mme B... était de caractère gai, enjoué, primesautier, durant son enfance et son adolescence, mais les misères et les difficultés de la vie ont fait de cette transplantée une déprimée hypocondriaque s'abandonnant insensiblement au toxique. Les circonstances du début de l'accoutumance sont les suivantes : ayant subi, en 1934, à l'Hôpital Paul-Brousse, une hystérectomie totale pour fibrome utérin, on lui administra, dit-elle à l'hôpital, ses premières piqûres de morphine et des suppositoires opiacés. Puis elle continua, par intervalles, l'usage des suppositoires ; elle fit alors des séjours successifs à l'Hôpital St-Michel, à Necker, où elle fut opérée d'un polype vésical, à Boucicaut, enfin, où elle réclamait toujours pour ses douleurs abdominales (entérite chronique), vésicales (sensations de brûlures, etc...), rectales (hémorroïdes), des suppositoires calmants. En mars 1941, il lui fut remis, par le Dispensaire de la rue de Vaugirard, une boîte d'échantillons d'eubine (suppositoires) ; elle ressentait, après leur application, un tel bien-être qu'elle en plaça deux puis trois par jour, d'une façon aussi régulière et constante qu'elle le put. Mais ce n'est qu'en septembre 1943, qu'à la suite d'un de ses multiples séjours à l'Hôpital Necker, il lui fut fait des injections de dolosal : à partir de ce moment, elle cherche par tous les moyens à sa disposition à se procurer l'ampoule qui lui fait « oublier ses douleurs, la calme, la fait dormir, supprime la sensation de faim, la rend plus résignée sur son propre sort et lui permet de supporter les misères de la vie... »

Il semble cependant, qu'à tout prendre, elle éprouve une satisfaction plus grande à l'emploi de l'eubine.

Elle fut traitée à Henri-Rousselle par une série de cinq injections de démorphène mais reprit immédiatement, après sa sortie, ses habitudes.

A son entrée dans le service : elle est considérablement amaigrie (40 kg. pour une taille de 1 m. 61) et porte de nombreux abcès suppurés à la face externe des cuisses et aux régions fessières. Les urines renferment des traces d'albumine, qui vont vite disparaître. Le Bordet-Wassermann du sang est négatif. Urée sanguine : 0,25 p. 1.000. La cure est constituée, pendant six jours, par des injections sous-cutanées de sérum physiologique et d'eau distillée, elle est parfaitement supportée, et l'état de besoin ne se manifeste plus dix jours après l'entrée. L'appétit devient féroce et la patiente souffre désormais de la faim ; cependant, malgré le rationnement, elle augmente

de 4 kg. jusqu'à sa sortie, qui est autorisée en mai 1944. Au dehors, Mme D., reprend ses injections de dolosal et, incapable d'activité utile, elle entre à nouveau dans notre service en juillet 1944.

En résumé : chez une Russe hyperémotive à la suite d'une hystérectomie abdominale, manifestations de dépression hypocondriaque, entraînant l'acéoutumance d'abord au chlorhydrate de déhydroxycodéinone (eubine), puis au dolosal. A noter le peu d'effet toxique sur l'organisme et par suite la rapidité et la facilité du sevrage, mais aussi la rapidité de l'acéoutumance.

Il résulte de l'observation ci-dessus rapportée qu'une polytoxicomane vraie, à un degré mineur, a utilisé à défaut de sa drogue préférée (l'eubine) un toxique de substitution : le dolosal, et en a été rapidement sevrée sans accident, mais est retombée rapidement dans ses funestes habitudes dès sa sortie de l'hôpital. Cependant, l'intoxication chez notre malade n'était ni assez intense, ni assez prolongée pour que nous ayons pu observer les manifestations : confusionnelles, hallucinatoires et le délire avec excitation psychomotrice, les troubles cardio-vasculaires (avec l'hypotension, la bradycardie et l'arythmie), les troubles respiratoires avec la bradypnée et les troubles digestifs avec la diminution du péristaltisme, qui ont été déjà signalés dans les cas de « dolosalomanie ». En outre, nous n'avons pas pu noter une action narcolique au cours des séries d'injections de dolosal chez notre malade. A ce sujet, il convient d'insister, comme l'ont fait MM. J. Delay et ses collaborateurs, sur « la facilité actuelle de la délivrance de ces médicaments et sur l'opportunité éventuelle de leur inscription au tableau B ». Notons toutefois qu'en ce qui concerne l'eubine (chlorhydrate de dihydroxycodéinone « remplace la morphine, absence d'acéoutumance », dit la notice commerciale), les ampoules de un et deux centigrammes et les cachets de deux centigrammes sont inscrits au tableau B, alors que la prescription des suppositoires est libre (suppositoires à deux centigrammes). L'inscription au tableau B des suppositoires à l'eubine nous semblerait aussi judicieuse.

L'on ne aurait assez attirer l'attention des chirurgiens et des médecins sur les conditions de réalisation de l'acéoutumance médicamenteuse, celle-ci dépend avant tout : A) du psychisme du sujet, le psychisme du toxicomane vrai procède dans la presque totalité des cas de deux modes de déséquilibre constitutionnel : de l'état cyclothymique (dépression excitable et psychasténie congénitale) et de l'hyperémotivité ; B) et, pour une moindre part, de la nature du toxique.

À côté des drogues particulièrement recherchées (opium et ses dérivés, cocaïne, haschich, etc.) et communément utilisées, nous observons et observerons de plus en plus, avec l'essor de la synthèse chimique industrielle, la réalisation de l'état de besoin par des éléments chimiques nouveaux, qu'il ne faudra prescrire (tout comme s'il s'agissait de morphine ou d'héroïne) qu'après analyse rigoureuse du psychisme des malades.

En conclusion : L'accoutumance à certains analgésiques et spasmolytiques de synthèse pose avant tout l'interdiction de leur emploi aux algiques dont le psychisme est celui du toxicomane. Or, comme ces médications sont le plus souvent utilisées pour la première fois par les chirurgiens, les chirurgiens-spécialistes et accoucheurs, il importerait que ceux-ci soient instruits des faits ci-dessus rapportés et que, d'autre part, comme le proposent M. J. Delay et ses collaborateurs, ces médications soient inscrites au tableau B, afin d'en rendre l'acquisition, par les malades, plus contrôlée.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Le cas rapporté ici s'ajoute à ceux publiés antérieurement. Nous venons d'en observer un nouvel exemple. Il existe donc une toxicomanie par le dolosal, ayant le caractère de la toxicomanie morphinique. Hillemand a signalé, dans la morphinomanie, la fréquence du dôlichocôlon. Nous avons retrouvé ce symptôme dans nos deux observations d'intoxication par le dolosal. Existait-il ici ?

M. CHATAGNON. — Pas précisément, à ma connaissance, mais il y avait des troubles digestifs qui pourraient bien, en effet, avoir relevé d'un mécanisme plus ou moins spasmodique.

M. H. BARUK. — Je puis citer un autre cas d'intoxication par le dolosal, avec perte de connaissance, crise syncopale brutale à caractère pseudo-comitial. Le dolosal est donc un produit dangereux, si son emploi n'est pas surveillé.

M. CARRETTE. — Le danger du dolosal est surtout marqué dans l'emploi de la voie sous-cutanée. Une malade, dont nous avons parlé avec M. Daumézon à propos de l'intoxication par l'eubine, a substitué, après guérison, le dolosal à l'eubine. Elle utilisait 5 à 6 ampoules par jour. Elle a présenté un état de cachexie avec grosse aéroœliée et a fini par mourir au bout de quelques mois.

L'assistante sociale psychiatrique (IV). Les problèmes du secret professionnel, par MM. G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et X. ABÉLY.

L'extension du rôle des assistantes sociales pose un problème capital, dont on n'a peut être pas apprécié jusqu'ici toute l'importance : celui du *secret professionnel* auquel elles sont tenues. A la suite d'une communication du D^r Genil-Perrin, une Commission de juristes et de médecins a rédigé, sur ce sujet, un rapport, voté à l'unanimité par la Société de médecine légale le 8 novembre 1943. Ce rapport, qui visait les assistantes attachées à des services médicaux, serait tout entier à citer et nous lui ferons de nombreux emprunts. Quelques précisions peuvent cependant être encore fournies. La loi du 21 février 1944 fixe nettement un point qui avait pu jusque-là prêter à controverse : les assistantes sociales, comme les infirmières d'ailleurs, font désormais incontestablement partie du groupe des « confidentiels nécessaires », des « dépositaires des secrets qu'on leur confie ».

En cette qualité, les assistantes sociales médicales sont tenues à la stricte observance du secret médical au même titre et dans la même mesure que le médecin lui-même. C'est ainsi que ces auxiliaires médicales, lorsqu'elles sont appelées en témoignage, ne doivent pas dévoiler devant les juges les faits confidentiels qu'elles ont connus en raison de leur profession.

Cette règle générale posée, nous devons en étudier les particularités d'application aux assistantes sociales attachées à un service psychiatrique. Le devoir du secret est plus clair, parce que plus absolu en médecine mentale que dans toute autre branche de la pratique médicale.

La *révélation de l'affection psychique* peut constituer un préjudice certain pour le malade et pour sa famille. La tare attribuée à la psychopathie est certes un préjugé ; il n'en est pas moins vrai que nous devons tenir compte de cette opinion et la ménager.

La maladie mentale rentre par excellence dans la catégorie des faits *secrets par leur nature*. Le fait même de l'internement doit être tenu caché, dans l'extrême mesure du possible, à l'égard des tiers.

Le manque de discrétion de certaines assistantes sociales, au cours de leurs enquêtes, a déjà entraîné parfois des réactions

des familles. Sur ce point cependant, la règle du silence est fort simple. Mais les difficultés apparaissent lorsqu'on débord le cadre clinique. Le secret n'englobe pas seulement le diagnostic, les causes, les antécédents personnels ou héréditaires de la maladie, mais aussi tous les faits confidentiels qui ont été connus et décelés à l'occasion de cet état pathologique. Nulle part ne s'applique mieux la formule hippocratique qui étend le secret à toutes les *choses vues, entendues, comprises* (visa, audita, intelleta), grâce à l'exercice de la profession.

En psychiatrie, ainsi que l'indiquait Genil-Perrin, il est difficile de dissocier le « médical » et le « social ».

C'est précisément dans cette zone délicate qu'évolue surtout l'assistante. Sans doute participe-t-elle à certaines confidences médicales, mais, son activité s'exerçant principalement à l'extérieur, elle est appelée à connaître et à capter personnellement, *au cours de ses investigations*, des faits cachés dont elle doit garder le secret dans les mêmes limites que le médecin, dont elle est la *déléguée*. Il lui est donc souvent malaisé de faire le départ entre ce qu'il est possible de dire et ce qu'elle doit taire à l'occasion des démarches ultérieures. Les assistantes sociales, comme d'ailleurs la plupart des profanes, non rompus à l'art médical, n'ont pas, en ce qui concerne les secrets des malades, cette notion impérative et cette discrimination que nous ont apprises notre éducation et notre pratique et que nous a léguée une expérience séculaire.

Dans ces conditions, une règle s'impose, qui simplifie beaucoup le rôle de l'assistante médico-sociale. Cette dernière doit être subordonnée, dans ses fonctions techniques, à l'autorité du médecin dont elle est l'auxiliaire. Précisons par quelques détails l'étendue de cette direction et de ce contrôle. Le médecin doit fixer lui-même la limite des secrets qu'il confie. Il juge ce que l'assistante doit *connaître de l'observation médicale*. S'il est utile de mettre en contact le malade et l'assistante, cette réunion a lieu *en présence du médecin*, au cabinet d'examen. Le médecin prend seul l'initiative de toutes les démarches de l'assistante, il *fixe le but de la mission*, il en détaille les *moyens*, il donne toutes les instructions et *directives* nécessaires. Il organise les *liaisons* de son service social avec les autres services sociaux. L'assistante n'a pas le droit d'agir hors des prescriptions médicales et de dépasser le but indiqué. Elle ne peut déclarer que ce qui a été autorisé par le médecin. L'assistante sociale ne doit *rendre compte des renseignements* recueillis et des résultats de

sa mission qu'au médecin seulement. Celui-ci contrôle sa correspondance professionnelle.

Lorsque le malade a quitté le service psychiatrique, les visites qu'il doit recevoir de l'assistante continuent à être réglées par le médecin. Ainsi, les erreurs, les perplexités de l'assistante dans sa tâche délicate seront réduites au minimum.

Toutefois, cette attitude catégorique et cette discipline étroite sont en réalité trop théoriques. La pratique est plus complexe et se heurte à des difficultés diverses. Bien que le rôle de l'assistante sociale psychiatrique soit social avant tout, elle participe cependant à la vie générale du service médical auquel elle est attachée. De nombreux secrets lui parviennent et le médecin lui-même ne peut maintenir toujours à son égard une position défensive aussi rigoureuse. Elle recueille des renseignements médicaux. Dans ses démarches extérieures, une certaine *latitude* lui est forcément accordée. Elle peut se trouver en présence de *circonstances imprévues*. Une *part d'initiative* lui revient. Le médecin ne peut donc, en maintes occasions, lui donner que des directives générales. La véritable solution est d'inculquer à l'assistante, par une éducation suivie, le *sens et la portée du secret*. Une deuxième complication naît des procédés dont use l'assistante sociale psychiatrique pour réaliser ses relations avec l'extérieur. Elle n'accomplit pas toujours des démarches directes. Pour faciliter ses missions, elle entre fréquemment en *liaison avec d'autres assistantes sociales*. Si cet intermédiaire offre de nombreux avantages, il présente aussi des inconvénients. Les rapports entre ces assistantes, dont les rôles sont divers, ne sont pas unilatéraux. Il y a échange de bons procédés, c'est-à-dire de renseignements et de sollicitations. Mais la position n'est pas toujours égale de part et d'autre. L'obligation de la discrétion n'est pas toujours de même degré et de même nature.

L'assistante, qui ne relève pas d'un service médical, est tenue sans doute à une certaine forme de secret professionnel, mais non au secret médical. Or, si l'assistante sociale psychiatrique réclame des indications d'ordre social, sa partenaire sollicite des renseignements d'ordre pathologique. Cette dernière, déléguée par exemple par un groupement privé, par une œuvre, par une usine, par une administration, par les Assurances sociales, veut connaître la nature de la maladie, sa gravité, sa durée, les causes d'un décès en vue d'un licenciement, d'une réforme, d'une pension litigieuse. Ces révélations constitueraient une violation cer-

taine du secret médical. « Les tentatives que nous venons d'indiquer se multiplient avec les progrès de la médecine sociale, déclare la Société de médecine légale. Vous savez à quels assauts les médecins traitants sont constamment exposés de la part des administrations et de leurs médecins contrôleurs, ne s'agirait-il que des Assurances sociales. Les médecins, dans l'ensemble, résistent. Les administrations cherchent à tourner la position en essayant d'obtenir par les services sociaux ce qu'elles ne peuvent obtenir directement du médecin. » Sur ce point, les instructions les plus formelles doivent être données aux assistantes médicales. Elles ne devront se départir de leur discrétion que *dans la mesure strictement nécessaire à l'intérêt du malade* ; elles doivent savoir se défendre de tout ce qui pourrait nuire à ce dernier. On peut formuler un principe qui s'applique aussi bien à l'assistante qu'au médecin : le service de traitement doit s'abstenir de tous renseignements médicaux dont le *but n'est pas connu* et de ceux surtout susceptibles de *relever d'une expertise ou d'un contrôle*. Les indiscrétions de l'assistante pourraient compromettre le médecin lui-même : la jurisprudence rend solidairement responsable des divulgations des administrations le médecin qui a fourni directement ou indirectement les renseignements confidentiels (Conseil d'Etat, 9 novembre 1928 ; il s'agissait en l'espèce de l'administration préfectorale).

Les relations entre assistantes sociales, également attachées à des services hospitaliers et divers et soumises par conséquent au même secret médical, pourraient paraître plus faciles ; elles doivent cependant rester très circonspectes. Les services sociaux d'hôpitaux demandent souvent à l'assistante psychiatrique et aux psychiatres eux-mêmes un diagnostic mental qui doit en principe demeurer caché. Il nous arrive à nous-mêmes de solliciter la révélation d'un fait médical de nature secrète (contamination vénérienne, circonstances d'un accouchement dissimulé, par exemple). Nous pensons que cette information essentiellement confidentielle et purement médicale dépasse le rôle de l'assistante sociale. Ces renseignements devraient toujours faire l'objet de communications directes entre médecins.

La troisième difficulté importante concerne les rapports des assistantes sociales psychiatriques avec l'administration dont elles font partie. Elles sont généralement rattachées en effet, au point de vue administratif, à un organisme central, préfectoral. Cet organisme ne possède évidemment aucune prérogative

« technique », celle-ci ne pouvant être qu'exclusivement réservée aux médecins des services psychiatriques. Toutefois, des représentants de l'administration ayant pu, parfois, avoir tendance à méconnaître les limites exactes de leur rôle, il n'est pas inutile de fixer les attributions respectives de chaque autorité, afin d'éviter tout conflit et de sauvegarder au maximum le secret médical. L'autorité médicale dirige l'activité professionnelle de l'assistante psychiatrique. L'autorité administrative n'a pas le pouvoir de donner à l'assistante des missions médico-sociales, de lui dicter des directives, d'exiger des renseignements médicaux, de se faire rendre compte des démarches ordonnées par le médecin. L'assistante doit respecter le secret médical auprès de toute administration et dans la même mesure que celle indiquée plus haut.

On tend cependant à accorder à l'organisme préfectoral un rôle de coordination, de centralisation, rôle légitime, mais au sujet duquel il faut éviter toute équivoque. Il aiguillera l'assistante vers la voie la plus apte à faciliter sa tâche, sans qu'il soit nécessaire d'indiquer les détails de cette mission. De plus, des circulaires ministérielles prescrivent la création d'un fichier central, dont il est indispensable de préciser la substance. Il ne doit avoir d'autre but que de connaître l'*activité générale* du Service social psychiatrique. Il relatera simplement de façon sommaire le travail de chaque assistante, il notera les familles visitées, il pourra mentionner quelques indications d'ordre administratif et social qui n'ont pas de caractère confidentiel. Mais il ne pourra en aucun cas contenir des renseignements d'ordre médical, ni le diagnostic, ni même la cause psychopathique de cette sollicitude sociale. Il n'en reste pas moins que ce rôle, bien que restreint, attribué à l'organisme central, peut prêter à quelques indiscretions. Aussi, peut-on se demander s'il ne serait pas opportun de confier la *direction de cet organisme*, du moins dans les centres urbains importants, non pas à un fonctionnaire administratif, à une assistante-chef, mais à un *médecin* qui serait un plus sûr garant du secret professionnel.

La conclusion de cet exposé est que le secret, dans ses justes limites, doit être aussi sacré pour l'assistante, qui en est détentrice, que pour le médecin. Il semble que l'*éducation des assistantes* ne soit pas assez développée dans cette voie. L'importance primordiale de cette discipline paraît échapper à beaucoup. Les cours théoriques et pratiques devront mettre en relief ce point essentiel. Le médecin du service devra profiter de toutes

les occasions pour instruire l'assistante de la portée et de la complexité du secret. Il faut que le devoir du silence devienne pour elle une impératif catégorique. C'est la condition suprême du succès et de l'extension du rôle de l'assistante sociale. Le malade, la famille, le médecin doivent avoir l'assurance formelle de cette discrétion. Ainsi que l'exprimait la Société de médecine légale : « Le secret doit être tel que jamais le malade ne puisse être arrêté dans ses confidences par la crainte d'une divulgation. Les médecins doivent faire une confiance absolue aux assistantes ou renoncer à les utiliser. » Le jour où des incidents trop nombreux livrés à la publicité auraient entraîné une suspicion systématique, le rôle si fructueux et si bienfaisant de l'assistante sociale risquerait d'être irrémédiablement compromis.

DISCUSSION

M. DAUMÉZON. — Il y a une confusion constante en matière d'assistantes sociales. Il importe de séparer ceux qui s'occupent des soins et ceux qui s'occupent du contrôle. Cette séparation est trop souvent inexistante en matière d'assistante.

M. HAZEMANN. — Le secret médical est essentiellement une affaire de médecin. Le problème est donc résolu *ipso facto* si ce sont des médecins qui sont à la tête des services d'assistance, puisque les rapports se font alors de médecin à médecin.

M. FERDIÈRE. — Cette nécessité est spécialement impérieuse en province.

Action de l'électrochoc sur la sécrétion gastrique. L'hyperchlorhydrie de l'électrochoc, par MM. Jean DELAY, André SOULAIRAC et G. BOITTELE.

La thérapeutique par l'électro-choc provoque de très nombreuses modifications biologiques dans toute l'économie, tant au point de vue cardio-vasculaire qu'au point de vue humoral et hématologique. Cependant, jusqu'à présent, nous n'avons pas eu connaissance que des études systématiques aient été poursuivies en ce qui concerne le retentissement possible de l'électrochoc sur le tractus gastro-intestinal. Aussi, avons-nous cru intéressant d'étudier les répercussions de la convulsivothérapie électrique sur le chimisme gastrique.

Nous avons analysé les modifications de l'acidité libre et de l'acidité totale du suc gastrique, prélevé par tubage, et nous avons conduit ces recherches de la manière suivante : bilan de l'acidité gastrique avant et après le choc, puis dans les heures qui suivent le choc, enfin étude comparative de l'action de l'électro-choc et de l'histamine sur la sécrétion gastrique.

I. — *Etude de l'action de l'électro-choc sur l'acidité gastrique.*

— Les tubages furent pratiqués sur le malade à jeun avant le choc, puis 15 minutes après la crise convulsive. Nous avons obtenu les résultats suivants :

(exprimés en grammes d'acide chlorhydrique par litre) :

Acidité libre		Acidité totale	
Avant	Après	Avant	Après
0,42	0,92	1,20	1,77
0,30	0,88	1,06	1,48
0	1,42	0,47	1,89
0,52	1,60	1,62	2,10
0	0,28	0,29	0,84
0,51	1,28	1,13	1,92
1,09	1,64	1,90	2,15
0,20	1,24	1,08	1,98
0,45	1,32	1,15	2,18
0	0,60	0,52	1,42
—	—	—	—
Moyennes	0,35	1,12	1,77

Nous constatons une augmentation notable et constante de l'acidité libre après l'électro-choc qui, en moyenne, correspond au triple de la valeur initiale. Cette hyperchlorhydrie se traduit également par une augmentation un peu moindre de l'acidité totale. Quand on étudie les modifications de la sécrétion gastrique dans l'électro-choc en fonction du temps, on obtient les valeurs suivantes :

Acidité libre				
	Avant	Réveil	1 h. après	2 h. après
	0	1,06	0,80	0,12
	0,15	0,88	0,46	0,20
	0,40	0,84	0,55	0,44
	0,08	0,54	0,22	0,14
	—	—	—	—
Moyennes	0,16	0,83	0,51	0,22

Acidité totale

	Avant	Réveil	1 h. après	2 h. après
	0,28	1,82	1,08	0,60
	0,82	1,42	0,98	0,92
	0,68	1,72	1,02	0,86
	0,62	1,06	0,94	0,77
	—	—	—	—
Moyennes	0,60	1,50	1 00	0,79

C'est donc dans les quinze premières minutes qui suivent la crise convulsive que l'on constate le maximum de l'hyperchlorhydrie. Dans les deux heures qui suivent, l'acidité libre et l'acidité totale reviennent approximativement à leur taux initial. Nous devons remarquer que nous n'observons pas ici de phases d'hypoehlorhydrie secondaire à l'hyperchlorhydrie initiale, ce qui s'explique aisément quand on se rappelle que c'est le pneumogastrique qui est le nerf excito-sécréteur de la sécrétion acide de l'estomac.

II. — *Comparaison de l'hyperchlorhydrie du post-électro-choc et de l'hyperchlorhydrie histaminique.* — Nous avons expérimentalement comparé l'action de l'électro-choc et de l'histamine sur la sécrétion acide de l'estomac. Sur les mêmes sujets, nous avons d'abord étudié l'action du choc, puis, quelques jours plus tard, l'action d'un milligramme d'histamine introduit par voie sous-eutanée, le suc gastrique étant recueilli demi-heure après l'injection. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Acidité libre

	Avant expérience	Après choc	Après histamine
	0	1,42	1,72
	1,09	1,64	2,04
	0,52	1,60	1,84
	0	0,60	0,82
	—	—	—
Moyennes	0,80	1,31	1,60

Acidité totale

	Avant expérience	Après choc	Après histamine
	0,47	1,89	2,44
	1,90	2,15	2,66
	1,62	2,10	2,48
	0,52	1,42	1,86
	—	—	—
Moyennes	1,13	1,89	2,36

L'histamine provoque donc une sécrétion gastrique nettement plus importante que ne le fait l'électro-choc. Il semble bien en effet que le mécanisme de ces deux réactions sécrétoires soit différent du point de vue physiologique.

*
**

Cette étude du retentissement de l'électro-choc sur la fonction sécrétoire gastrique présente un intérêt clinique immédiat ; l'hyperchlorhydrie constatée permet en effet d'expliquer la reprise ou l'augmentation de l'appétit chez la plupart des malades soumis à cette thérapeutique.

Cependant, c'est le point de vue physiologique qui retiendra particulièrement notre attention. Nous avons montré que l'hyperchlorhydrie du post-électro-choc survient rapidement : elle est maxima dans les quinze minutes qui suivent le choc et ne dure que deux heures environ, les dosages à cette période montrant des acidités libre et totale de même valeur qu'à la période initiale de l'expérience. Il est intéressant de constater que ce phénomène correspond assez exactement à ce qui est connu en physiologie normale sous le terme de « phase psychique » de la sécrétion gastrique. Le suc psychique, en effet, sécrété par un mécanisme qui appartient au domaine des réflexes conditionnés, s'établit au bout de cinq minutes environ et dure approximativement deux heures. Il est également admis que cette sécrétion psychique ne dépend pas de réflexes à centre cortical, puisque Zéliny a montré qu'elle se produit encore chez un chien dont on a extirpé les hémisphères cérébraux. Par ailleurs, si tous les résultats expérimentaux ne sont pas concordants, certains auteurs ont enregistré, à la suite de stimulation de l'hypothalamus antérieur, au niveau des aires supra- et pré-optiques, une augmentation très nette de l'acidité gastrique, comme le signalait récemment Danal Sheehan (1).

L'analogie existant entre la phase psychique de la sécrétion gastrique et l'hyperchlorhydrie du post-électro-choc conduit à supposer un mécanisme physiologique commun à ces deux réactions, mécanisme dont le point de départ est vraisemblablement mésencéphalo-diencéphalique. L'existence d'une hyperchlorhydrie consécutive à la crise paraît donc un argument supplémentaire pour notre hypothèse du mécanisme principalement hypothalamo-hypophysaire de l'action de l'électro-choc.

(1) DANAL SHEEHAN. — The hypothalamus and gastro-intestinal regulation. *Res. Publ. Ass. Nerv. ment. Dis.*, 1940, 20, 589.

**Un cas de mutisme hystérique guéri au bout de 34 ans,
par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOIÈRE.**

De nombreux auteurs ont fait ressortir combien est difficile la guérison des hystériques dont le trouble est fixé depuis longtemps. Nous apportons un cas de mutisme hystérique dont la guérison à peu près parfaite est survenue au bout de 34 ans :

OBSERVATION. — Georges, 63 ans, célibataire, sans profession, fils naturel, reconnu par son père dont il n'a plus de nouvelles ; mère disparue ; sœurs mortes avant sa naissance de tuberculose (?).

Georges a été à l'école jusqu'à 14 ans, mais n'a pu avoir son certificat d'études : « J'apprenais trop mal » ; il est alors resté chez son père, courtier en vin, jusqu'à 21 ans : « J'avais des amis, mais je n'ai jamais causé beaucoup, selon les besoins seulement. »

C'est à la demande de son père — « j'étais nerveux » — qu'il est interné, le 7 juin 1901 à Ste-Anne, puis transféré à Ville-Evrard. « On ne m'a donné que du bromure et seulement à Ste-Anne. » Il reste deux ans à Ville-Evrard, puis est transféré à Niort, en 1903 : « Le médecin m'a dit là que j'avais de l'hébétéude. » (Précisons, dès maintenant, que Georges est un débile profond). Là il ne reçoit aucun traitement et travaille dans le jardin de l'asile.

En février 1905, il sort sur la demande de son père, mais est réintégré le 15 décembre suivant, avec un certificat du Dr Magnan : « Est atteint de débilité mentale avec épilepsie. Déjà traité. » Or, le malade nie tout accident comitial, tout symptôme de comitialité (morsure de la langue, perte de connaissance, énurésie, somnambulisme, etc...), et aucun des médecins qui l'ont examiné et surveillé depuis n'y fera allusion.

C'est à ce moment que débute le mutisme, qui, d'après ses dires, ne s'est installé que progressivement : « Je suis rentré parce que je ne pouvais plus travailler, à cause du cerveau. Je commençais à ne pas pouvoir causer ; c'est d'abord la voix qui a diminué de force ; en un ou deux ans elle a disparu ; je n'ai plus pu parler que petit à petit ; quelque chose qui me gênait les poumons, le cerveau. J'ai senti un déclenchement qui me tombait sur la poitrine ; il venait de la gorge ; j'étais tuberculeux. Après la perte de la parole, j'ai beaucoup craqué. Je sentais tout cela s'en aller dans la poitrine : mais il m'en reste bien assez pour me traîner. Beaucoup de fois, j'ai bien manqué d'y passer, je me sentais malade. »

A Ville-Evrard, il travaillait toujours au jardin, et c'est le 11 novembre 1907 qu'il est transféré à Toulouse, avec le certificat suivant : « Est atteint de débilité mentale avec mutisme absolu depuis son

second internement à l'Asile », ce qui ne concorde pas exactement avec les dires du malade sur le début du mutisme.

A son arrivée à Toulouse, on étiquette Georges : « Dégénéré mental avec mutisme absolu paraissant lié à des idées de persécution ; phobies, obsessions probables. » Là aussi, Georges nie tout épisode délirant de persécution, mais avoue : « J'avais peur de faire mal et surtout peur de sortir », ce qu'il confirme : « J'étais exempt de la vie de relation..., c'est une phrase qui me revient, j'ai lu ça dans des livres. » Notons au passage cette période anxieuse.

Plus étonnants sont : le certificat de quinzaine qui caractérise cette « aliénation mentale : abolition complète de sens moral, mutisme volontaire absolu datant de trois ans et pour lequel le malade donne par écrit des motifs démentiels », et un papier demeuré au dossier : « Écrivez les raisons qui vous poussent à ne pas parler. Il y a que je me suis beaucoup masturbé : c'est depuis ce temps-là que je ne sais plus causer. » Marquons, au passage, cette attitude mélancolique, auto-accusatrice (nouvelle ou primitive explication ?). En tout cas, cela ne lui semble pas contradictoire : « Peut-être les deux raisons. » Et il n'a jamais volé, ne s'est même jamais disputé...

Il reste à Braqueville jusqu'au 10 novembre 1943, travaillant régulièrement : il fait la vaisselle, s'occupe du quartier dont on lui confie les clefs et ne s'exprime toujours que par gestes.

Lorsque nous l'examinons à son arrivée à Rodez, il se présente à nous avec un faciès hébété, indifférent, une expression morne ; mais il est poli, sa mimique est bien adaptée, son regard s'anime un peu quand on lui parle, ses gestes expriment clairement son impuissance à parler et qu'il en est navré ; il ouvre la bouche, agite sa langue pour bien montrer qu'aucun son ne peut en sortir ; et il nous donne, par écrit, les explications ci-dessus qu'il nous confirmera après sa guérison.

L'examen somatique ne révèle rien de particulièrement saillant : l'état général est bien défectueux et la maigreur extrême ; il est pâle. Son cœur est bon, sa tension artérielle est à 11-8. Ses poumons sont sains.

Les réflexes rotuliens sont vifs, mais, surtout, mettent en relief un petit trait psychologique : le réflexe (?) se déclenche parfois avec une légère avance et un léger retard sur le coup du marteau, ce qui semble prouver une psychoplasticité (Dupré) bien caractérisée chez ce débile.

On met aussi en évidence une débilité motrice nette.

Nous ne décrivons pas, dans le détail, les trois séances de faradisation précédées d'une psychothérapie intensive, qui sont venues à bout du mutisme, laissant seulement subsister ce bégaiement hystérique que Gilles de la Tourette décrit d'après Ballet, et qui donne à notre malade un accent du Morvan.

La parole est explosive, scandée ; les consonnes sont mouillées, surtout celles qui utilisent un mouvement localisé de la langue : *r, l, c, s, g* ; les mots sont isolés dans la phrase qui est toujours courte ; le ton est déclamatoire, le mode aigu, sans relief.

Mais surtout nous avons pu explorer son psychisme d'une façon plus complète. Les tests de Terman nous ont donné une des clefs du problème : l'âge mental de B... est de 8 ans. Ils nous ont permis de faire deux constatations intéressantes :

Tout d'abord, au test de l'évocation des 60 mots en trois minutes, B... ne cherche pas les objets qui l'entourent pour les énumérer, il énonce : « Bonjour, bonsoir, bon appétit, etc... », et lorsqu'on attire son attention dans un deuxième essai sur le procédé que nous disions, il regarde quatre ou cinq objets et retourne à sa recherche intérieure : quelle meilleure preuve de sa schizophrénie ?

D'autre part, il évoque, dans plusieurs de ses réponses, l'idée de la mort : « Vous pensez beaucoup à la mort ? » — « Oh ! oui, tous les jours, il faudra bien qu'elle vienne comme pour tout le monde. »

Cette hypocondrie ressort de ses réflexions au cours d'un nouvel examen somatique : « Le cœur est bien diminué ; il ne bat beaucoup. »

A cet anxieux hypochondriaque — et aux dires de Logre — anxiété et hypocondrie tendent à renforcer un syndrome hystérique ; l'indifférence, due à un long isolement, a fait perdre toute relation avec sa famille, dont il n'a plus de nouvelles depuis 20 ans. Il reste de longues heures sans rien dire, dans le quartier où il est maintenant inactif, mais nous a exprimé le désir, à la dernière visite, de rechercher ses parents et de sortir bientôt.

Les raisons qu'on a qualifiées de délirantes ne sont-elles pas plutôt les explications simplistes d'un débile ? Nous le pensons, malgré la variation du thème et la possibilité d'une nouvelle preuve de sa mythomanie constitutionnelle.

Quant à l'épilepsie de 1905, n'est-elle pas plutôt l'atteinte paroxystique, suivant l'expression de Gilles de la Tourette, de cette hystérie largement confirmée depuis ?

En résumé, il s'agit d'un débile profond, hypochondriaque anxieux sur un fond mental de schizoïdie, ayant présenté en 1905 des crises épileptiformes d'origine pithiatique, puis un mutisme hystérique absolu pendant 34 ans, guéri en trois séances de torpillage.

Ce cas nous invite en outre à ne jamais abandonner nos malades, à continuer à nous occuper d'eux malgré les apparences de la chronicité. Répétons qu'il existe d'incontestables « psychoses asilaires » dues aux négligences de la Société vis-à-vis des

psychopathes, auxquels elle refuse le personnel médical et infirmier nécessaire, les règlements sur ce point comme sur beaucoup d'autres étant restés lettre morte.

Un paralytique général guéri par l'électrochoc après échec de la malaria- et de la chimiothérapie, par MM. G. FERDIÈRE et J. LATRÉMOLIÈRE.

OBSERVATION. — Gabriel, 54 ans, peintre en bâtiment, entrepreneur. C'est en janvier 1943 que le malade voit un médecin pour la première fois. Il présente des « spasmes vasculaires » qui lui laissent un hémiplegie droite rétrocedant, d'ailleurs, en quelques semaines, accompagnée d'embarras de la parole. Le 30 janvier 1943, un consultant fait le diagnostic de paralysie générale et institue un traitement au cyanure (?), bivatol, stovarsol et iodure.

C'est au début de sa série de stovarsol, le 18 juin 1943, que le malade fait un épisode d'agitation forcenée et incohérente, au cours duquel l'internement s'impose.

A son arrivée à l'hôpital psychiatrique de Rodez, Gabriel se présente comme un paralytique général à forme maniaque et son agitation comme sa dysarthrie sont telles qu'il est difficile de se rendre compte, d'une façon précise, de l'atteinte du fond mental ; l'aprosodie est telle qu'il ne faut pas songer à analyser le jugement ou la mémoire. L'affectivité est extrêmement mobile : il pleure pour une cause futile, puis se met en colère lors de la visite de sa femme, sans raison apparente. Désorienté dans le temps et dans l'espace, il ne se surveille en rien, reste négligé dans sa tenue et dans sa toilette et est gâteux jour et nuit. Tous ses actes sont incoordonnés et absurdes, ses plaisanteries et ses jeux de mots facilement obscènes, ses colères grossières. Approbatif par moment, il est beaucoup plus souvent en opposition violente avec le milieu, sans que ses changements aient un soupçon de cause.

Sur ce fond mental, quelques idées délirantes de grandeur et de jalousie, mais surtout une loquacité maniaque continuelle avec des périodes d'agitation pendant lesquelles il faut l'attacher au lit.

Au point de vue physique, aucune trace de son hémiplegie antérieure.

La dysarthrie est le signe qui frappe au premier abord, et il n'est pas nécessaire de recourir aux mots d'épreuve pour la mettre en évidence : la parole est scandée, explosive et certaines syllabes se chevauchent ou sont sautées.

Les muscles péri-buccaux et la langue sont animés de trémulations très nettes.

Les extrémités se déplacent avec un tremblement en masse, alors qu'on remarque le tremblement fibrillaire des doigts.

Les réflexes rotuliens sont vifs, les autres réflexes tendineux ou cutanés sont normaux.

Les yeux présentent des troubles très nets : les pupilles crénelées, la droite étant plus grande que la gauche, réagissent à la distance, mais sont absolument insensibles à la lumière.

Dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de Bordet-Wassermann est largement positive ; un incident de transport ne nous a pas permis d'avoir le chimisme et la formule leucocytaire. Au point de vue général, aucun autre trouble qu'une tension artérielle à 18, 1/2/10.

Il s'agit donc bien d'une paralysie générale classique, sans aucun doute possible.

Le stovarsol sodique est continué dans le service tous les 3 jours, mais l'agitation persiste au point d'entretenir un état subfébrile, permanent, aux alentours de 38° jusqu'au 20 juillet, malgré la scopolamine ou le somnifène qui sont administrés « à la demande ».

Le 27 juillet, le malade est impaludé : sans entrer dans tous les détails des soins pratiqués pendant cette période pour limiter la hauteur des accès, soutenir le cœur et la tension artérielle, nous signalons que nous avons obtenu 9 accès francs, tous les 2 jours pour les 3 premiers, tous les jours pour les 6 derniers.

Pendant l'impaludation, l'agitation a cessé, le malade est abattu, la dysarthrie est atténuée, mais Gabriel fait preuve d'une animosité constante ; il est toujours agité, ce qui nécessite la contention d'une main ; les réactions incohérentes sont tout aussi nettes ; pendant une matinée seulement, nous le voyons souriant et un peu plus aimable.

Les accès sont interrompus le 15 août, la tension artérielle étant descendue à 11, le cœur présentant quelques extra-systoles et l'état général du malade déclinant rapidement ; il a perdu 5 kg., son facies est décharné ; on l'alimente difficilement et irrégulièrement entre les accès, ses forces sont bien diminuées.

Cet état se prolonge jusqu'au 2 septembre, où on entreprend une série d'acétylarsan de 10 injections, une tous les 3 jours.

Le 1^{er} octobre, nouvelle série de stovarsol sodique, à raison d'un gramme tous les 2 jours...

Au bout de 6 injections, l'impaludation n'ayant donné aucun résultat appréciable, le malade est, depuis une quinzaine de jours, plus incohérent que jamais ; on a du mal, à cause de sa dysarthrie qui est redevenue intense, à comprendre un mot de ce qu'il dit. Gabriel conserve continuellement ses matières fécales à moitié sorties de son anus et présente le tableau complet du grand dément paralytique... A ce moment nous arrive, avec le numéro d'octobre-novembre 1943 des

Annales médico-psychologiques, une communication de MM. Guiraud, Fouquet et Gendrot (Indications de l'électro-choc dans la paralysie générale) ; le lendemain même nous commençons l'électro-choc.

Les 11, 13 et 15 octobre, 3 crises sont déclenchées ; et c'est au cours de ces journées qu'on s'aperçoit d'un changement profond dans la conduite de Gabriel.

Il se calme progressivement, ne pousse plus les cris continuels qui gênaient ses voisins, accueille médecins et infirmiers avec le sourire. La dysarthrie diminue au point de nécessiter les mots d'épreuve pour la rechercher et le tremblement s'atténue beaucoup.

Gabriel semble se réveiller à un monde normal ; il a perdu toute conscience de son agitation et de son attitude coléreuse antérieure et demande à voir sa femme ; il s'étonne, en un mot, de se trouver là.

Ce n'est pas sans quelque émotion que, le 25 octobre, nous l'entendons téléphoner d'une façon absolument normale et affectueuse à sa femme.

Nous terminons sa série de stovarsol et il sort le 12 novembre 1943, ne présentant plus qu'une très légère dysarthrie, et le signe d'Argyll-Robertson.

Une ponction lombaire faite à ce moment ne montre plus — fait paradoxal et que nous avons peine à admettre — aucune anomalie biologique.

Gabriel a depuis repris son métier, à la tête de son entreprise où il a une responsabilité assez importante ; sa mémoire est intacte et il donne toute satisfaction à ses clients. Ses amis trouvent qu'il a absolument retrouvé toutes ses facultés et son caractère antérieur. Mais il lui reste une amnésie complète lacunaire de sa maladie et il s'étonne quand on lui en raconte les épisodes.

1° En résumé, l'électrochothérapie pratiquée après l'échec de la malaria et du stovarsol amène chez un paralytique général une amélioration considérable, voisine de la guérison. Cette observation appelle d'autres remarques.

2° Nous soulignons encore le peu de danger d'ictus et d'accidents cérébraux au cours de l'électro-choc chez ces malades, malgré les « spasmes vasculaires » antérieurs, comme l'un de nous l'a développé dans sa thèse récente.

3° Mais c'est surtout le mécanisme de guérison qui méritait d'être souligné : doit-on attribuer à l'électro-choc seul le mérite de cette résurrection ou plus vraisemblablement ne peut-on lui attribuer que le déclenchement de celle-ci sur un terrain déjà profondément modifié par l'impaludation et le stovarsol ? Cette seconde hypothèse nous satisfait beaucoup plus, malgré les deux mois écoulés depuis le dernier accès paludéen.

4° Dans leur communication, MM. Guiraud, Fouquet et Gendrot se posent la question de savoir si « dans les formes agitées de la paralysie générale, le jugement et la mémoire sont simplement inhibés par l'état maniaque ou si, au contraire, ils sont profondément atteints ». Il s'agit des cas où « une agitation motrice continue se trouve associée à un état maniaque avec fuite d'idées, improductivité mentale, associations verbales, humeur instable et variable ». Nous apportons un exemple de ces cas : un état démentiel paralytique peut n'être que pseudo-démentiel ou plus exactement les facultés intellectuelles ne sont qu'inhibées pendant un certain temps seulement et les troubles sont parfaitement réversibles.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — J'ai traité des paralytiques généraux par électro-choc après impaludation et stovarsol. Il peut en effet persister, après la cure classique de la paralysie générale, des états mélancoliques. L'électro-choc les fait disparaître comme il ferait pour une mélancolie ordinaire. Les indications autres de l'électro-choc dans la paralysie générale me semblent être : 1° les agitations très prolongées ; 2° certains états d'affaiblissement avec gâtisme.

M. LIERMITTE. — Y a-t-il, en même temps, des modifications humorales ?

M. GUIRAUD. — En principe, je ne me presse pas d'effectuer une seconde ponction lombaire. Les modifications sont en effet nulles la première année. Les améliorations, par contre, sont presque constantes par la suite. Au bout de 4 à 6 ans, la négativation est pratiquement la règle (même si les troubles mentaux persistent).

M. CHATAGNON. — Nous savons tous que la paralysie générale traitée s'améliore, mais guérit-elle ?

M. GUIRAUD. — Je crois qu'on peut effectivement parler de guérison en matière de paralysie générale. Pour ma part, je pourrais en présenter un grand nombre de cas.

La séance est levée à 17 heures 30.

Le secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 6 juillet 1944

Aphasie traumatique chez un enfant, par M. et M^{me} SORREL-DÉJERINE.

Observation d'un enfant de 10 ans blessé par une bombe qui présente, après un coma immédiat et un intervalle lucide, une hémiparésie droite avec aphasie et des signes de compression cérébrale. L'ablation d'une embarrure rolandique fit disparaître rapidement les troubles. Les auteurs soulignent la rareté de l'aphasie par compression chez l'enfant : moins d'un cas pour cent fractures du crâne.

Hémiplégie et aphasie par thrombose de la carotide interne. par M. TROTOT.

Cas d'un homme de 55 ans, sans hypertension artérielle, dans lequel une hémiparésie droite progressive avec aphasie motrice, coïncidant avec un flou des bords papillaires, fit porter le diagnostic de gliome. La ventriculographie fut normale et une artériographie décela la cause des accidents en montrant une thrombose complète de la carotide interne gauche.

Les hématomes spontanés intracérébraux, par MM. J. GUILLAUME et JOINVILLE.

A propos de dix observations d'hématomes spontanés intracérébraux opérés, MM. J. Guillaume et Joinville décrivent les deux principales formes, aiguë débutant par un ictus, et pseudo-tumorale. Ils insistent sur la fréquence de la localisation temporale (d'où l'importance de l'hémianopsie latérale homonyme), et sur la possibilité de localisation préfrontale ou cérébelleuse. Dans trois cas, ils ont trouvé une lésion macroscopique à l'origine de l'hématome : rupture vasculaire ou hémangiome. L'opération doit être

faite la plus économiquement possible, l'hématome étant évacué par des trous de trépan élargis. Le pronostic est favorable chez les sujets jeunes indemnes de lésions artérielles diffuses.

**Sur un type particulier d'hématome intracérébral spontané
curable chirurgicalement, par MM. M. DAVID et H. HECAGEN.**

MM. M. David et H. Hecagen montrent que ces hématomes siègent généralement dans la partie postérieure du lobe temporal. Après un début brutal par céphalée et obnubilation, une amélioration se produit et on note une hémianopsie latérale homonyme, des troubles du schéma corporel, des signes pédonculaires liés à la compression du tronc cérébral par l'hématome et par le cône de pression temporal, une hémiparésie plus ou moins accusée ; la somnolence reparait après plusieurs jours et la stase papillaire se précise. L'évacuation de l'hématome se fera au trocart de Cushing, sans incision cérébrale. La ponction n'est possible que lorsque l'hémolyse du caillot est suffisante, à la fin de la 2^e semaine ou au début de la 3^e ; un volet décompressif sans ouverture de la dure-mère permet d'attendre cette date lorsque l'hypertension intracranienne devient menaçante.

**Résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-
encéphalographie dans le diagnostic des atrophies cérébrales, par MM.
J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX et M^{me} LERIQUE.**

Par l'encéphalographie gazeuse les auteurs ont constaté les images d'atrophie cérébrale dans diverses psychoses : démence sénile, maladie de Pick et d'Alzheimer, paralysie générale, délires chroniques. Dans certains cas, au niveau des zones ainsi décelées, ils ont noté d'importantes altérations du rythme bioélectrique telles que l'absence du rythme alpha remplacé ou non par des ondes lentes.

**Forme pariéto-occipitale de la maladie de Pick,
par MM. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX.**

Cas de maladie de Pick avec agnosie visuelle, astéréognosie, troubles phasiques et praxiques. L'agnosie visuelle doit être interprétée comme un trouble de la fonction de dissociation des ensembles au sens de la Gestalt. Les examens pneumo- et électro-encéphalographiques concordants montrent une atrophie à prédominance occipitale et pariétale.

**Paraplégie par cypho-scoliose au cours d'une maladie
de Recklinghausen, par MM. G. HEUYER et M. FELD.**

Observation d'un enfant gibbeux depuis l'âge de 4 ans, chez qui apparurent à 13 ans des douleurs et une paraplégie spasmodique rapidement constituée avec troubles sensitifs nettement limités, légère albuminose rachidienne et image lipiodolée en sablier. Une laminectomie ne montra pas le neurofibrome qu'on s'attendait à trouver, l'enfant ayant une maladie de Recklinghausen. La moelle était pâle, ischémique. Ces lésions, dues à la cyphoscoliose, sont plus graves que les compressions par gliome. Aucune rétrocession n'a suivi l'opération.

Rôle des troubles de la sensibilité dans l'absence de contracture au cours de paraplégies flasco-spasmodiques susceptibles de guérison,
par MM. F. THIÉBAUT, GUIOT et HOUDART.

Dans certaines compressions médullaires par tumeur ou mal de Pott et dans certaines myélites, l'absence de contracture semble conditionnée par l'intensité des troubles de la sensibilité ; la paraplégie flasco-spasmodique peut être l'indice de troubles curables.

Episodes prolongés et réitérés de cécité télencéphalique ; kyste séreux rétro- et intra-cérébelleux, par MM. A. TOURNAY et J. GUILLAUME.

Malade présentant depuis plusieurs années des épisodes de cécité totale sans modification du fond d'œil, à début et cessation brusque, accompagnée parfois de troubles aphasiques. L'examen neurologique était négatif mais la ventriculographie montrait une certaine dilatation du système ventriculaire avec surélévation des cornes occipitales. L'intervention permit d'évacuer un kyste séreux refoulant le vermis.

Ablation d'une métastase cérébrale d'un cancer du sein ; guérison
depuis plus de 2 ans, par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et LONGUET.

Observation d'une malade opérée en 1941 d'un cancer du sein et en 1942 d'une métastase cérébrale. Cette observation démontre qu'une métastase cérébrale peut être enlevée sans récidiver.

Nécessité d'enlever la paroi des kystes gliomateux,
par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Ayant constaté que la paroi d'un gliome kystique frontal contenait des éléments néoplasiques dont le pouvoir de prolifération n'est pas négligeable, MM. Th. Alajouanine et R. Thurel concluent que, pour se mettre à l'abri des récidives, il est prudent d'enlever, non seulement la tumeur murale, mais aussi la paroi kystique.

Etude comparative de l'électrochoc et de l'épilepsie corticale,
par MM. GLEY, M. LATIPE, J. RONDEPIERRE, HORANDE et TORCHARD.

Malgré leur similitude chez les animaux, l'épilepsie corticale par excitation directe du cortex est distincte de l'épilepsie par électrochoc avec électrodes temporales extracrâniennes qui est une épilepsie sous-corticale. Par exemple, la section des péduncules cérébelleux inférieurs empêche la crise par électrochoc, mais laisse subsister l'épilepsie corticale ; la diphénylhydantoïne empêche l'épilepsie corticale mais pas la crise de l'électrochoc. L'épilepsie est un mode de réaction très général des cellules nerveuses.

Séance 9 novembre 1944

Sur un cas d'hémicraniose, par M. J. LHERMITTE.

Observation d'une femme de 67 ans ayant une hémiplegie gauche progressive liée au développement d'un méningiome profond accompagné d'une déformation fronto-pariétale datant de la première enfance. Il ne semble pas qu'il faille séparer radicalement ce type de méningo-ostéopathie néoplasique du méningiome en plaque qui entraîne souvent de semblables modifications du squelette crânien, mais qu'il s'agisse d'une même affection dont l'évolution est différente.

Le trismus dans les lésions bulbo-protubérantielles,

par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et DURUPT.

Les auteurs, qui ont déjà rapporté un cas de trismus au cours d'une lésion protubérantielle avec syndrome de Millard-Gubler, présentent un nouvel exemple de trismus au cours d'une syringobulbie avec atteinte du trijumeau et kératite neuro-paralytique. Il s'agit dans les deux cas d'une constriction permanente des mâchoires avec du côté de la lésion un état particulier du masséter, plus gros, plus dur, d'extensibilité diminuée et faisant frein à l'ouverture de la bouche ; cette rétraction musculaire n'est pas d'ordre paralytique et constitue peut-être un trouble trophique.

Sur un cas d'association à une rétinite pigmentaire de signes d'atteinte encéphalique et d'une arachnoïdite opto-chiasmatique, par MM. KREBS et TROTOT.

MM. Krebs et Trotot discutent les problèmes pathogéniques et étiologiques que pose cette association observée chez un sujet de 23 ans ; elle paraît en définitive être le résultat de l'apparition secondaire de phénomènes méningo-encéphaliques au cours de l'évolution d'une rétinite pigmentaire.

L'exploration du lac basilaire par la pneumo-encéphalographie,

par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel montrent qu'après injection d'air par voie lombaire, on voit sur les clichés de profil en décubitus dorsal, tête renversée en arrière et plaque verticale contre la tête, l'air ventriculaire remplir les cornes frontales et la partie antérieure du III^e ventricule, tandis que l'air sous-arachnoïdien s'amasse au-dessus de la selle turcique et en arrière de la lame quadrilatère. On peut ainsi apprécier l'importance de la distension du lac chiasmatique dans les arachnoïdites et éviter d'attribuer à une tumeur de l'hypophyse ou du chiasma des modifications de la selle produites par un diverticule du lac distendu.

Arachnoïdite opto-chiasmatique avec distension du lac basilaire et agrandissement de la selle turcique, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel ne croient pas que l'arachnoïdite

puisse être le siège initial d'une inflammation, mais tout en étant secondaires et pas assez importantes pour retenir directement sur les voies optiques sous-jacentes, les lésions méningées sont capables, en cloisonnant l'espace sous-arachnoïdien, de gêner la circulation du liquide. La tension du lac sous-arachnoïdien peut être assez forte pour refouler l'hypophyse et agrandir la selle turcique et faire souffrir le chiasma et les nerfs optiques. L'intervention consiste non pas tant à libérer le chiasma qu'à rétablir la circulation liquidienne.

L'électro-encéphalographie dans les abcès du cerveau,
par M. P. PUECH et M^{me} LERIQUE-KÆCHLIN.

M. P. Puech et M^{me} Lérique-Kæchlin insistent sur l'intérêt de l'encéphalographie pour la localisation des abcès du cerveau.

Deux cas d'abcès du cerveau traités par la chirurgie, la pénicilline et les sulfamides, par M. P. PUECH.

Abcès staphylococcique consécutif à une plaie temporale par éclat d'obus et abcès post-otitique avec méningite à streptocoques et pneumocoques, tous deux rapidement guéris par l'intervention associée à un traitement général par la pénicilline et les sulfamides. M. Puech insiste sur l'intérêt de ces traitements médicaux à tous les stades : encéphalite, nécrose, abcès encapsulé.

Epilepsie giratoire traumatique,
par MM. M. DAVID, H. HÉCAEN et J. SAUGUET.

Observation d'un sujet présentant des crises d'épilepsie giratoire vers la droite ayant débuté 8 ans après un traumatisme pariéto-occipital gauche. L'examen ne montrait qu'une légère hyperextensibilité avec exagération des réflexes à droite ; l'encéphalographie révélait une perte de substance osseuse avec formation kystique correspondant à la partie postérieure de la 1^{re} frontale. La zone kystique et sa base parenchymateuse cicatricielle furent enlevées en bloc. La guérison se maintient depuis un an. Les auteurs insistent sur la rareté de cette localisation du foyer épileptogène.

Etat à sa majorité d'un sujet atteint de myotonie congénitale,
par MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et BASTIN.

Présentation d'un sujet de 21 ans atteint d'une myotonie congénitale secondairement régressive. Il présente encore de l'hypotonie avec hyperextensibilité et hyperpassivité, mais la force musculaire, les réflexes tendineux et cutanés, les chronaxies musculaires sont normaux.

Cette observation, exceptionnelle par sa longue durée, n'est pas en faveur de l'identité des maladies d'Oppenheim et de Werdnig-Hoffmann et plaide contre la conception de l'origine myopathique de l'affection soutenue par Turner.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOTECHNIQUE

L'orientation professionnelle service social. L'expérience de Marseille 1936-1944 (Etude sur les travaux effectués par le Centre Technique de Documentation et d'orientation professionnelles de Marseille, sous la présidence de M. Paul Nicolas), par Jeanne-Marie JAUR, docteur en droit, diplômée de l'Institut national d'études du travail et d'orientation professionnelle (1 brochure, in-8°, 200 pages, Presses Universitaires de France, 1944).

L'« expérience de Marseille », qui a consisté à placer l'orientation professionnelle sur un plan « social » et à la considérer comme un « Service social » a maintenant 7 ans. « Nous avons pensé, écrit dans l'Introduction M. Paul Nicolas, que la fin de l'homme n'est pas le métier et que pour « orienter un enfant, un jeune homme, un homme, il fallait d'abord connaître la personne avec ses intérêts, ses goûts, ses tendances et son comportement dans ses divers milieux de vie, familiale, scolaire, sociale, afin « de l'aider ensuite à réaliser sa personnalité dans la catégorie de carrières « ou de métiers pour lesquels il possède un ensemble d'aptitudes. Nous « sommes donc partis du *service de la personne...* » D'où le grand intérêt de cette brochure, dans laquelle se trouvent consignés, avec les résultats de l'expérience, des renseignements et des documents indispensables concernant les divers points de vue. Tous les usagers, intellectuels, cadres, maîtrise, ouvriers, familiaux reconnaissent la nécessité de l'orientation professionnelle, mais d'une orientation humaine, dégagée d'un dirigisme qui pourrait devenir contrainte, d'une orientation s'adressant à la personne, à sa totalité, à sa profondeur. L'orientation devient ainsi l'art de seconder la nature, « l'art de connaître chaque être humain dans l'intimité de sa nature, « afin de l'orienter vers la vie en le rendant maître de ses moyens. La « Société y retrouvera son compte puisqu'il s'agit de diriger chacun vers « la profession pour laquelle il est exactement adapté ».

On trouvera dans cette utile brochure tous renseignements concernant l'organisation et l'activité des services du Centre de Marseille qui, pen-

dant l'année 1943, a orienté 4.136 enfants, dont 1.604 nécessitèrent la constitution d'un dossier d'examen psychologique complet. Le Centre a reçu pendant la même année 10.123 visites.

On y trouvera aussi un intéressant rapport du Dr J. Alliez, Chargé de Cours à la Faculté de médecine de Marseille, sur le fonctionnement de la consultation neuro-psychiatrique au cours des années 1942-1943. On y trouvera également les résultats d'une étude du caractère de 78 enfants, faite pour le Commissariat aux Sports, sous la direction du Dr Alliez et de Mlle J.-M. Jaur, l'exposé par Mlle J.-M. Jaur, de l'organisation d'un service de psychotechnique à la Société des Raffineries Saint-Louis, à Marseille, avec l'indication des tests utilisés, des exemples des renseignements confidentiels remis aux familles après examen psychologique, la liste du matériel psycho-physiologique et psychotechnique utilisé, la liste des Revues et Livres existant à la bibliothèque du Centre technique, et de nombreux tableaux statistiques que l'on consultera avec fruit.

La conclusion de Mlle J.-M. Jaur s'éloigne également d'une orientation strictement économique et d'une orientation simplement humaine. C'est une formule mixte consistant d'abord à éclairer les familles sur les aptitudes, les qualités de leurs enfants et leurs adaptations possibles, et à aider les meilleurs ; à renseigner les familles sur les métiers et sur les besoins des diverses activités économiques, et surtout à donner toute sa valeur au mérite personnel, en faisant monter les valeurs réelles, d'où qu'elles viennent, en les faisant monter, non plus seulement en raison de leur succès à un concours ou à un examen, mais en tenant compte de la totalité de leur valeur d'homme.

Pour cela, une organisation d'information et de documentation, et une organisation psychologique de triage et d'orientation sont indispensables. De même que l'examen du psychiatre, occasion d'un dépistage neuro-psychiatrique dont pourra également bénéficier la prophylaxie mentale.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Accidents et incidents observés au cours de 1200 électrochocs, par le Dr Jacques LATRÉMOLIÈRE (1 brochure in-8°, 79 pages. Imprimerie Georges Subervie à Rodez. *Thèse* Toulouse 1944).

Dans ce travail, M. Jacques Latrémolière expose les incidents et les accidents observés au cours de 1.200 électrochocs pratiqués à l'hôpital psychiatrique de Rodez, sous la direction de M. Ferdière, à l'aide de l'appareil du professeur Delmas-Marsalet. Rappelant tout d'abord les complications exceptionnellement signalées, diabète sucré, à rapprocher de l'hyperglycémie post-critique constante mais transitoire, hernies d'effort, hémorragies dans des cas d'ulcère de l'estomac, crises épileptiques spontanées consécutives, l'auteur conseille d'annexer à l'appareillage, en même temps que le matériel indispensable à l'électrochoc, tout ce qui peut être nécessaire à la thérapeutique d'urgence d'accidents éventuels.

À côté de ces raretés, l'auteur mentionne les accidents cardiovasculaires, qui n'atteignent que des sujets prédisposés et que l'on évite par conséquent par un examen préalable attentif et une préparation soigneuse du malade avant le choc, les accidents respiratoires (apnée

prolongée qu'il juge souvent évitable et facilement curable, abcès pulmonaires qu'il n'a pas observés), les luxations du maxillaire inférieur, facilement réductibles mais récidivantes, les luxations des articulations des membres beaucoup moins fréquentes, les fractures des dents, du maxillaire inférieur, des côtes, des os des membres et surtout les fractures de la colonne vertébrale (dont M. Latrémolière rapporte trois cas, et qu'il étudie spécialement), accident le plus sérieux de toute convulsivothérapie mais généralement bénignes cependant et consistant en un tassement des corps vertébraux. Tout sujet suspect de fragilité osseuse est à éliminer.

Des complications de l'état mental du sujet peuvent aussi se produire, soit immédiatement, au réveil même de la crise (agitation confuso-onirique), soit dans les heures qui suivent, soit ultérieurement (amnésies) ; en milieu hospitalier, il est facilement remédié à ces manifestations. Ces complications, d'ailleurs rares, conclut M. J. Latrémolière, « ne peuvent, en aucun cas, amener à proscrire une méthode qui rend chaque jour des services si importants ».

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Mutisme et opposition chez les psychopathes, par DARROW (Ch.) et SOLOMON (A.) (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1441).

Démonstration des différences observées chez des sujets opposants sous l'influence des stimuli psychiques. Etude de la pression sanguine, du réflexe galvanique, de la respiration. Les malades se divisent en trois groupes : les uns sont complètement renfermés dans leur propre autisme ; d'autres présentent des troubles physiologiques ; les malades du troisième groupe n'éprouvent aucune perception.

L. M.

Essai de classification des états cliniques appelés démence précoce (schizophrénie), par COHEN (B.) et FLOWER (B.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 319).

La classification comprend cinq groupes : 1° le type simple caractérisé par la perte du contact avec la réalité et secondairement par la perte de l'affectivité et de la facilité de réagir aux stimuli normaux ; les hallucinations et les illusions font défaut ; 2° le type hétérophrénique comprenant une niaiserie caractéristique et des illusions bizarres ; 3° le type paranoïde dans lequel dominent les idées hypochondriaques, de persécution, de grandeur, de négation, etc., ; 4° le type catatonique avec ses symptômes

psycho-moteurs dominants tels que : opposition, négativisme, stéréotypies, flexibilité circeuse, mutisme, refus d'aliments ; 5° autres types comprenant les formes atypiques, un mélange des formes précédentes.

L. M.

Diagnostic différentiel de la schizophrénie à la lumière des niveaux de la personnalité, par KAST (O.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 342).

L'auteur pose l'hypothèse que l'on peut distinguer trois niveaux dans la personnalité : 1° le niveau basal somatique est le plus profond, il comprend les fonctions organiques somatiques ; 2° le niveau psychologique est le plus élevé et comprend les fonctions psychologiques ; 3° le niveau vital est situé entre les deux niveaux précédents. Dans la psychose schizophrénique, le niveau psychologique et le niveau vital sont intéressés. L'auteur admet qu'il est possible de préciser les symptômes qui appartiennent à l'un ou à l'autre de ces niveaux et donne une série de critères permettant de différencier la schizophrénie des états psychopathiques, des névroses, de la psychose maniaque-dépressive ainsi que des états schizophréniques exogènes.

L. M.

Critères pronostiques dans l'hébéphrénie, par GOTTLIEB (B.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 332).

La maladie débute à un plus jeune âge chez les sujets du sexe masculin. Le nombre des hommes qui deviennent schizophréniques diminue avec l'âge plus rapidement que celui des femmes. Le pronostic est d'autant plus mauvais que la maladie a débuté plus tôt. Les cas qui commencent dans le jeune âge évoluent plus rapidement que ceux qui se développent à un âge plus avancé. Chez les individus de type asthénique, la maladie a une tendance à être progressive. Chez les malades du type athlétique, la possibilité d'une guérison est plus grande. Les malades des types pyéniques et dysplasiques présentent généralement une forme atypique de schizophrénie hébéphrénique avec tendance aux rémissions ou à la guérison.

L. M.

Considérations sur le syndrome paranoïde, par CH. MILLER (96^{me} annual meeting of the American psychiatric association, Cincinnati, 22 mai 1940).

L'étude porte sur les modalités de la vie de 400 sujets durant leur enfance, sur leur personnalité avant le début de la psychose, sur leur comportement sexuel, sur la façon avec laquelle ils supportaient les difficultés de la vie, sur les rapports possibles de ces facteurs avec le pronostic.

L. M.

Le rhumatisme chronique cérébral, facteur causal possible de certains cas de démence précoce, par BRUETSCH (W.) (*The American Journal of Psychiatry*, septembre 1940, p. 255).

A l'autopsie de 9 0/0 des sujets atteints de démence précoce, l'auteur observa des lésions infectieuses de rhumatisme chronique, à la fois dans le cerveau et dans les valvules du cœur. Les lésions rhumatismales cérébrales

consistaient en un type d'endartérite oblitérante intéressant principalement les vaisseaux mésentériques et corticaux ; secondairement, elles entraînaient des zones dégénératives dans le parenchyme cérébral. L'auteur désigne cet ensemble de lésions « rhumatisme cérébral chronique » ; elles évoluent durant des années et même des dizaines d'années. A leur début, elles ne restent que très peu de temps inflammatoires et aiguës, puis elles évoluent lentement. Après des années de latence symptomatique, elles prennent une évolution subaiguë.

L. M.

Etude des maladies mentales au cours de la puerpéralité, par SMALLDON (J.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 80).

Sur 220 cas, les diagnostics suivants ont été posés : manie dépressive, 167 cas ; démence précoce, 64 cas ; psychonévroses, 28 cas ; psychoses toxiques, 8 cas ; état paranoïde, 1 cas ; troubles de la personnalité, 10 cas. A noter que, dans cette statistique, la confusion mentale est confondue avec la forme dépressive de la psychose maniaque-dépressive. Etude des réactions concernant l'aversion pour le nouveau-né et pour le mari.

L. M.

Paralysie générale aiguë, par HERMAN (M.) et ROSENBLUM (M.) (*The American Journal of Psychiatry*, mai 1940, p. 1311).

Les premières manifestations consistent en délire, crises convulsives, phénomènes catatoniques ou état confusionnel. L'examen anatomo-pathologique décelé une méningo-encéphalite diffuse et aiguë.

L. M.

Critériums pronostiques dans la démence paralytique, par GREENHILL (M.) et YORSKIS (M.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 167).

Les malades ont été traités par la malaria, la diathermie ou la trypanosamide. Le critérium pronostique le plus important consiste dans le degré du fond mental et du comportement du sujet avant le début de l'affection. Le deuxième a trait à l'importance des troubles neurologiques et aux formes mentales. Les cas avec délire, apathie ou agitation sont les plus favorables.

L. M.

Etude de cent malades atteints de psychoses et d'artério-sclérose, par CLOW (H.) (*The American Journal of Psychiatry*, juillet 1940, p. 16).

L'hérédité cardio-rénale est fréquente chez les mentaux atteints d'artério-sclérose cérébrale ; on note dans leur famille de nombreux cas de psychose maniaque-dépressive et les malades eux-mêmes ont souvent présenté de tels troubles mentaux. La plupart souffrent d'artério-sclérose périphérique, d'artério-sclérose rétinienne et d'hypertension. L'usage de l'alcool et du tabac ne semble pas avoir quelque influence sur le développement des troubles mentaux. Les causes émotionnelles jouent un grand rôle, principalement la perte d'un parent ou d'un ami. Le traitement consiste en repos, régime alimentaire, massage, balnéation, rééducation et entretien de l'activité psychique.

L. M.

Cas psychiatriques dans une clinique pour convulsifs, par STONE (Th.) et ARIEFF (A.) (*The American Journal of Psychiatry*, novembre 1940, p. 711)

Sur 350 cas, les auteurs relèvent 26 cas de troubles mentaux dus aux causes suivantes : idiosyncrasie aux bromures, intoxication alcoolique, état de mal épileptique, équivalents psychiques, encéphalite, trauma crânien, tumeur cérébrale, sclérose tubéreuse, schizophrénie, dépression mentale, instabilité émotionnelle.

L. M.

NEUROLOGIE

L'hypoglycémie spontanée à forme comateuse chez les carencés, par Jean LHERMITTE (*Revue médicale française*, avril 1944).

À côté des troubles apparus à la suite des restrictions alimentaires tels que polyurie, bradycardie, œdèmes, défaillances myocardiques, il faut donner une place importante au coma hypoglycémique. M. Jean Lhermitte, qui en a déjà rapporté trois cas avec M. J. Sigwald, en publie à nouveau trois observations chez des malades de l'Hospice Paul-Brousse, âgés de 76 ans, 44 ans et 83 ans. Signalons que, dans le premier cas, les accidents débutèrent une heure avant le déjeuner par un état confusionnel avec agitation psychomotrice ; la mort survint trois heures plus tard. Ces observations se caractérisent par la similitude de leur aspect clinique et par leur évolution rapidement mortelle en dépit d'une thérapeutique appropriée et immédiate. Le diagnostic positif ne présente pas de difficultés. La guérison de cet accident dramatique et foudroyant est l'exception.

Dans les six cas examinés par lui, M. Jean Lhermitte a trouvé une atrophie considérable, évidente, déjà appréciable à l'œil nu, de l'hypophyse glandulaire, tandis que la surrénale apparaissait en réaction d'hyperspongiosité. On sait que le coma hypoglycémique spontané peut être dû à des facteurs très différents et les faits sont encore peu nombreux où l'on a pu constater une relation de causalité entre une lésion hypophysaire et la chute du taux glycémique. Il n'est toutefois pas douteux que la suppression ou la diminution de la sécrétion de la glande pituitaire entraîne la chute du taux du glucose sanguin avec ses redoutables conséquences.

Il importe de bien connaître cette modalité de coma hypoglycémique survenant chez les sujets en état de dénutrition et caractérisé au point de vue clinique par sa soudaineté, le caractère changeant des symptômes qui accompagnent la perte de conscience, l'affaissement profond du taux de la glycémie et, du point de vue anatomique, par l'atrophie massive de la partie glandulaire de l'hypophyse. Due sans doute à l'étendue des lésions, à l'épuisement des réserves de glycogène, à l'impossibilité aussi dans laquelle se trouve un organisme épuisé d'assimiler le glucose injecté dans le système circulatoire, l'irréversibilité du syndrome exige chez les carencés une surveillance attentive des oscillations de la glycémie. C'est, en effet, en prévenant l'épuisement des réserves glycémiques que l'on pourra éviter ces accidents, si rapidement mortels.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau de la Société médico-psychologique pour l'année 1945

Président : M. le Doyen A. BAUDOUIN.

Vice-président : M. G. DENAY.

Secrétaire général : M. J. DUBLINEAU.

Trésorier-archiviste : M. G. COLLET.

Secrétaires des séances : MM. P. CARRETTE et P. MENUAU.

Séances

L'Assemblée générale et la séance ordinaire du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 18 décembre 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La séance supplémentaire du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 janvier 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 janvier 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La séance supplémentaire du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 février 1945*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1945*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Nécrologie

M. le professeur J.-M. LAHY, Directeur de laboratoire à l'Ecole des Hautes Etudes, Chef du laboratoire de psychotechnique à la S.T.C.R.P., *membre correspondant de la Société médico-psychologique* ;

M. le Dr MEDVEDEFF, Médecin-Directeur de la maison de santé de l'Ermitage, *membre correspondant de la Société médico-psychologique* ;

M. le Dr G.-P. TOYE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), chargé de cours à l'Ecole de médecine d'Angers, *membre correspondant national de la Société médico-psychologique*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr EISSEN est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Stéphanfeld (Bas-Rhin) ;

M. le Dr DESHAIES est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique départemental de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

M. le Dr BARGUES est réintégré dans les fonctions de médecin-chef du service psychiatrique de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne) ;

M. le Dr SENGÈS est nommé médecin-chef au Centre psychiatrique Sainte-Anne, à Paris.

Directeurs administratifs :

M. CAZES est nommé, à titre provisoire, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var).

Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Le Bureau de la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine pour 1945 sera composé comme suit :

Président : M. BRISSOT.

Vice-président : M. BESSIERE.

Secrétaire : M. SIVADON.

Trésorier : Mlle CULLERRE.

ASSISTANCE

L'assistance psychiatrique au Liban

Dans le numéro consacré au Centenaire des Annales Médico-psychologiques, nos lecteurs ont pu prendre connaissance de l'intéressant exposé du professeur A. POROT (d'Alger) sur *L'œuvre psychiatrique de la France aux colonies depuis un siècle* (1).

(1) *Annales Médico-psychologiques*, janvier-février-mars 1945, page 356.

Le professeur A. Porot nous envoie la note complémentaire et rectificative suivante sur l'assistance psychiatrique au Liban. Rappelons que le Liban (650.000 habitants) possède quatre asiles privés, dont trois congréganistes de faible capacité (10 à 60 lits). Un seul établissement, *Asfourieh*, à 12 kilomètres de Beyrouth, d'une capacité de 500 lits (1), fonctionne comme asile public : c'est ce dernier établissement que concerne la note complémentaire ci-après du professeur A. Porot.

NOTE SUR L'ÉTABLISSEMENT D'ASFOURIEH (PRÈS BEYROUTH)

Situé dans la banlieue de Beyrouth, sur la hauteur.

A l'origine, fondation par un Suisse, qui avait acheté les terrains pour une œuvre philanthropique, en raison de leur belle disposition et de leur site. A cherché ensuite des bailleurs de fonds ; est passé entre les mains d'un Comité anglais. L'établissement est dirigé depuis un certain nombre d'années par un médecin anglais, le Dr Miller, qui a un assistant recruté sur place, le Dr Avezian.

Une série de pavillons, successivement construits, avait porté la capacité de l'établissement, au moment de la guerre, à 500 lits.

Cet établissement reçoit des malades payants et quelques indigents, par contrat avec la ville de Beyrouth, contrat dénoncé au moment de la guerre, les Autorités anglaises ayant réquisitionné la moitié des pavillons pour les militaires.

Cet établissement échappe totalement à l'influence française.

(1) *Id.*, page 368.

UNIVERSITÉ DE LYON

Faculté de médecine

M. le Dr DECHAUME est nommé professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Lyon.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Faculté de médecine

M. le professeur P. COMBEMALE a été élu Doyen de la Faculté de médecine de Lille.

Le Rédacteur en chef Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
 Dépôt légal : 1945 (1^{er} trimestre) — Numéro d'ordre : 167
 Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 70.078. — 1945
 C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : 1-1945.

